



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>

A3A.1835.2

HARVARD UNIVERSITY MEDICAL SCHOOL.



LIBRARY

OF THE

PATHOLOGICAL LABORATORY.

The Gift of *Henry F. Sears, M.D.*
1898



BULLETINS
DE LA
SOCIÉTÉ ANATOMIQUE
DE PARIS.

CONDITIONS DE L'ABONNEMENT.

Pour les membres de la Société :	{ Paris 4 fr. Départ. 5 50
Pour les abonnés étrangers à la Société :	{ Paris 5 fr. Départ. 6 50.

N. B. On s'abonne par *lettres affranchies*, chez **MOQUET**, libraire, rue Saint-Jacques, 171, près du Panthéon. Toute lettre que n'accompagnera pas le prix de l'abonnement sera considérée comme non avenue.

L'éditeur pour satisfaire aux nombreuses demandes qui lui étaient adressées, a réimprimé les premières années qui étaient épuisées. La sixième année (1831) manque seule à la collection ; elle est sous presse, et paraîtra incessamment.

BULLETINS
DE LA
SOCIÉTÉ ANATOMIQUE
DE PARIS.

24^e ANNÉE (1849.)

PARIS.
MOQUET, LIBRAIRE,
RUE SAINT-JACQUES, 171, PRÈS DU PANTHÉON.
1849

S. A. 1835.2

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

XXIV^e ANNÉE.

3^e SÉRIE DÉCENNALE, TOME IV.

BUREAU.

MM.

<i>Président</i>	CRUVEILHIER.
<i>Vice-président</i>	RICHARD.
<i>Secrétaires</i>	MAILLIOT.
<i>Vice-Secrétaires</i>	MACQUET.
<i>Trésorier</i>	CAUDMONT.
<i>Archiviste</i>	POUMET.

MEMBRES TITULAIRES.

MM.

BARTH , ex-int., prof.-agréé de la faculté, méd. de la Salpêtrière.	DEVILLE , ex-int. des hôp., ex-aide d'anat. de la faculté, prosecteur de l'amphit. des hôp., d. m. p.
BLOT , int. des hôp.	HERSANT , ex-int. des hôp., chef de clin. de la Faculté, d. m. p.
BOULLAND , int. des hôp.	LEPÈVRE , chef de clinique, d. m. p.
BOUTEILLER , int. des hôp.	LUNIER , ex-int. des hôp.
BROCA , int. des hôp., aide d'anatomie à la faculté.	MACQUET , int. des hôp.
CAUDMONT , d. m. p., ex-élève des hôp.	MAILLIOT , ex-élève des hôp., d. m. p.
DEPAUL , ex-int. des hôp., professeur agrégé d. m. p.	NOTTA , int. des hôp.
DESFRÈS , ex-int. des hôp., ex-prosecteur à la faculté, chir. du bureau central.	POUMET , ex-int. des hôp., d. m. p.
	RICHARD , ex-int. des hôp., d. m. p.
	THIBAUT , ex-int. des hôp., d. m. p.

MEMBRES ADJOINTS.

MM.

BATTENBERG, int. des Hôp.
 BELIN, ex-int. des hôp.
 BIDAU, élève des hôp.
 BLAIN DES CORMIERS, élève des hôp.
 BLONDEAU, int. des Hôp.
 BOUCHER, ex-int. des hôp. d. m. p.
 BOULARD, int. des hôp.
 BOYER, ex-int. des hôp.
 CHARCOT, int. des hôp.
 COEURDEROY, int. des hôp.
 COFFIN, int. des hôp.
 CORVISART, int. des hôp.
 CUSCO, ex-int. des hôp. chir. du bureau central, prosect. de la Faculté. d. m. p.
 DAGINCOURT, ex-int. des hôp. d. m. p.
 DEBEAUVAIS, int. des hôp.
 DELPECH, ex-int. des hôp., d. m. p.
 DENUCÉ, int. des hôp.
 DESORMEAUX, ex-int. des hôp., d. m. p., chir. du bur. central.
 DUCLOS, int. des hôp.
 DUMOULIN, ex-int. des hôp. d. m. p.
 EMPIS, int. des hôp.
 ESCALIER, ex-int. des hôp. d. m. p.
 FANO, ex-int. des hôp.
 FOLLIN, int. des hôp., aide d'anat. de la Faculté.
 FORGET, (Eugène), ex-int. des hôp. d. m. p.
 FOUCHER, int. des hôp.
 GROS, ex-int. des hôp., aide d'an. de la Faculté.
 GRUBY, d. m.
 GUDLER, ex-int. des hôp.
 GUIBOUT, int. des hôp.
 D'HEURLES, ex-int. des hôp., d. m. p.
 HILLARIET, d. m. p., ex-chef de cli-

nique à la faculté.
 HOUEL, ex-int. des hôp., aide d'anatomie à la faculté, conservat. du Musée Dupuytren, d. m. p.
 HUETTE, int. des hôp.
 LACAZE DUTHIERS, int. des hôp.
 LAILLER, int. des hôp.
 LAMASTRE, ex-int. des hôp.
 LEGRAND, int. des hôp.
 LEMASTRE, int. des hôp.
 LEPELLETIER, int. des hôp.
 LETEXIERANT, int. des hôp.
 LEUDET, int. des hôp.
 MOLLOY, d. m. p.
 MORREAU, ex-int. des hôp., ex-chef de cliniq. de la Faculté.
 NARBONNE, int. des hôp.
 PETIT, ex-int. des hôp.
 PLAGU, ex-int. des hôp., ex-aide naturaliste au Muséum, d. m. p.
 PRIET, int. des hôp.
 RAGLE, ex-int. des hôp. d. m. p.
 RACHET, ex-int. des hôp., ex-prosecteur à la faculté, chir. de l'Oursins.
 REUX, int. des hôp.
 ROBERT, ex-int. des hôp. d. m. p.
 ROLLET, ex-int. des hôp. d. m. p.
 SIMON, ex-int. des hôp. d. m. p.
 STUART COOPER, chef de cli. à la Faculté, d. m. p.
 THORE, ex-int. des hôp., d. m. p. (à Secaux).
 VERNEUIL, ex-int. des hôp., aide d'anat. à la Faculté.
 VIALENT, int. des hôp.
 VIART, int. des hôp.
 WICKAM, int. des hôp.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

XXIV^e ANNÉE.

BULLETIN No 1. (Janvier 1849).

RÉDIGÉ

PAR MM. BARTH, BOUTEILLER, BRÖCA, CAUDMONT, CRUVEILHIER, DEVILLE, DUCLOS, HOUEL, POUMET, RICHARD, THIBAULT, et MAILLIOT, SECRÉTAIRE.

SOMMAIRE.

A. — Extrait des procès-verbaux des séances de la société.

5 janvier. — 1. Côte bifide à son extrémité sternale. — 2. Passage de deux nerfs du plexus brachial à travers deux veines perforées. — 3. Hydrocéphalie intra-utérine rendant impossible l'accouchement, même avec le secours du forceps. Application du céphalotribe. — 4. Absence du corps jaune chez une femme accouchée depuis deux ans.

12 janvier. — 5. Description anatomique de deux utérus provenant de deux femmes mortes de fièvre puerpérale. La maladie décrite sous ce nom est-elle contagieuse? Discussion sur cette question. — 6. Épanchement de sang dans la couche optique et dans la protubérance. — 7. Hypertrophie du lobe moyen de la prostate. — 8. Compression de la vessie par des tumeurs hydatiques développées dans le petit bassin. Catéthérisme impossible par suite de cette compression.

19 janvier. — 9. Tumeur fibreuse de l'utérus. Kyste uniloculaire remplissant presque toute la cavité abdominale.

26 janvier. — 10. Hernie inguinale. — Étranglement par le collet du sac. — 11. Anomalie artérielle compliquée d'une anomalie nerveuse. — 12. Renversement du foie. — 13. Tumeur cancéreuse de la région parotidienne. — 14. Lipôme sous-cutané troué dans la région lombaire. — 15. Valvules de la marge de l'anus.

B. — Tumeur fibro-plastique de l'articulation du genou.

C. — Luxation du bassin. — Déchirure de la vessie.

D. — Infiltration urineuse du périnée et de la prostate.

*Extrait des procès-verbaux des séances de la Société
anatomique.*

Présidence de M. Cruveilhier.

1. — M. *Deville* présente un exemple de côtes tendant à devenir bilides à leur extrémité sternale : telles sont, par exemple, la 3^e du côté droit, et la 4^e du côté gauche. La première de ces côtes commence à s'élargir à quinze millimètres environ de son extrémité, là elle se termine par deux cartilages bien distincts, tandis que le cartilage de la 4^e côte est unique.

La 7^e côte gauche ne s'élargit pas seulement ; elle est bifide.

—2. M. *Deville* met encore sous les yeux de la société une portion du plexus brachial trouvé sur un homme de quarante ans. Ce plexus est remarquable par le passage de deux nerfs dans un trou existant dans le trajet de deux veines, qui se dédoublent en un point pour ne former bientôt après qu'une seule ouverture. L'un de ces nerfs est le musculo-cutané ; il traverse une petite veine non-dénommée, tout proche du muscle coraco-brachial. L'autre nerf est le cutané interne : il traverse la veine axillaire, vers le milieu du creux de l'aisselle.

M. *Broca* dit avoir observé des veines se séparant et se réunissant absolument de la même manière qu'elles que vient de montrer M. *Deville* ; mais les nerfs ne passaient point dans l'intervalle de leur séparation.

3.—M. *Blot* montre la tête d'un fœtus hydrocéphale dès le sein de sa mère. Celle-ci, âgée de quarante-quatre ans, avait eu déjà six enfants. On n'observa rien de particulier au commencement du travail. La malade était assistée par une sage-femme. La tête fut d'abord inaccessible au toucher ; mais avec le temps elle descendit, et la sage-femme fut étonnée de trouver les fontanelles bien plus larges qu'elles ne le sont de coutume. En conséquence, elle ne douta pas que le fœtus ne fût atteint d'une hydrocéphalie.

Le travail se prolongea si bien qu'il n'était pas terminé six heures plus tard. C'est à ce moment que M. *Blot* pratiqua le toucher pour la première fois. Il ne distingua ni sutures ni fontanelles ; il lui fut donc impossible de se prononcer sur la maladie qu'avait diagnostiquée la sage-femme. Pourtant il était d'autant plus porté à croire à l'hydrocéphalie, que les bruits du cœur du fœtus avaient

leur summum d'intensité à quatre ou cinq centimètres au-dessous de l'ombilic, du côté gauche. La tête était donc très-volumineuse. Cependant, comme la femme se fatiguait dans des efforts inutiles, on songea à terminer l'accouchement au moyen du forceps. Ce fut M. Danyau qui fit l'application de cet instrument. On n'avancé rien. Il fallut recourir au perce-crâne. Un litre environ de sérosité rougeâtre s'écoula; le doigt fut introduit dans l'ouverture qui donnait issue à la sérosité, et la tête fut amenée assez facilement.

Description anatomique. On vit alors une voûte crânienne assez considérable, tandis que la base avait un développement à peu près normal. L'une des sutures et les fontanelles étaient extrêmement larges; le perce-crâne avait pénétré au niveau du bord postérieur et inférieur du pariétal droit.

M. Blot fit une incision sur les sutures sagittale et lambdoïde. Le lobe latéral droit manquait. Il n'en était pas de même du lobe gauche, à la partie antérieure duquel existaient trois ou quatre kystes remplis de sang coagulé. Ces kystes, dont le volume égalait celui d'une aveline, d'une dragée, et même d'une petite poire, paraissaient contenus dans une poche de l'arachnoïde. Il y avait du sang épanché entre l'arachnoïde et la pie-mère, qui tapissent le cer-velet. La sérosité paraissait avoir son siège dans l'intérieur des ventricules. Une ouverture faisait communiquer pourtant l'arachnoïde avec l'intérieur de l'encéphale.

M. Blot fait remarquer l'épaisseur considérable des os du crâne et du cuir chevelu infiltré considérablement. Les dépressions digitales sont très-profondes et séparées par des saillies très-marquées sur la face interne des os du crâne. — La moelle épinière est saine dans toute son étendue. Il existe cependant, au niveau de sa partie moyenne, les traces d'une suffusion sanguine. — Il n'y a point d'épanchement dans les membranes séreuses.

Discussion. M. Cruveilhier se demande si l'épanchement de sang a précédé ou suivi l'accouchement. Il adopterait de préférence la dernière hypothèse. La présence des kystes ne serait pas pour lui une objection; car il s'explique leur formation aux dépens de l'arachnoïde entraînée qui emprisonnerait le sang et se pédiculerait. Ces caillots paraissent tout récents à M. Cruveilhier.

M. Blot penche surtout pour les kystes formés indépendamment

des membranes du cerveau. Il considère donc une partie de l'hémorragie comme formée avant l'accouchement.

M. Gubler prétend qu'il y a un moyen de s'assurer, dans quelques cas, si l'épanchement du sang remonte assez loin. Ce moyen consiste dans la présence de cristaux d'hématine d'une couleur rouge hyacinthe. Il les a trouvés dans une tumeur cancéreuse du cerveau, et il ne doute pas que ceux que forme la matière colorante de la bile ne soient analogues. M. Gubler conclut de son observation que des cristaux d'hématine seront peut-être retrouvés dans le sang épanché dans le crâne du fœtus présenté par M. Biot, si les foyers hémorrhagiques se sont formés avant l'accouchement.

M. Deville ne pense pas que l'hématine soit susceptible de se cristalliser.

M. Lebert partage l'avis de M. Deville. Les corpuscules de l'hématine pris pour des cristaux n'en sont pas. Il y a ressemblance de forme, mais pas d'autre chose. Ces corpuscules devraient être appelés cristalloïdes. Les sphères du vitellius prennent des formes très-régulières, ajoute M. Lebert ; mais bientôt leurs angles s'arrondissent et ne forment pas de cristaux. M. Gubler réplique que certains corps peuvent se réunir de manière à représenter des cristaux, et qu'il n'y a pas de substance minérale qui ne puisse être amorphe. Il en est probablement de même de l'hématine.

M. Barth, qui s'est livré, dans ces derniers temps, à des recherches sur l'hydrocéphalie, a été désireux de connaître la fréquence relative de l'hydropisie dans l'intérieur du cerveau ou en dehors de cet organe. Il n'a pas toujours été assez heureux pour pouvoir démêler dans toutes les observations qu'il a consultées le siège de l'hydrocéphalie. Toutefois sur dix-huit observations il en a trouvé une dont les détails ou l'exposition sont trop obscurs pour ne pas laisser du doute dans l'esprit. Treize autres observations rentraient évidemment dans le cas de l'hydrocéphalie ventriculaire. Ce siège était probable dans deux autres. Cette forme serait donc de beaucoup la plus fréquente, car sur les dix-huit observations mentionnées, M. Barth n'a trouvé que deux cas où il fût dit d'une manière positive que le liquide existait dans l'arachnoïde. On retrouvait à peine dans ces deux cas des traces du cerveau. A propos de ces faits, M. Barth rappelle celui communiqué par M. Lavacherie à la

société médicale d'Observation. Il s'agit d'un enfant qui portait à la partie postérieure de la tête une tumeur très-volumineuse. Une incision pratiquée sur cette tumeur donna issue à beaucoup de sérosité. Mais alors une autre difficulté surgit. Une nouvelle tumeur se présenta, qui fit hernie à la partie postérieure de la tête : c'était probablement la partie postérieure du cerveau distendu par l'épanchement.

M. Blot a déjà vu, dans le courant de cette année quatre cas d'hydrocéphalie :

1° Un anencéphale avec une hydrocéphalie arachnoïdienne. Il y avait à la base du crâne une portion de cerveau recouverte par la membrane arachnoïde ;

2° Une hydrocéphalie ventriculaire ;

3° Une hydrocéphalie arachnoïdienne ;

4° Enfin une hydrocéphalocèle. La poche qui renfermait le liquide avait un volume double de celui de la tête. La fluctuation était manifeste. Une sérosité rougeâtre s'écoula en arrière à la faveur d'une ouverture. L'arachnoïde rachidienne distendue passait entre la première vertèbre cervicale.

La tumeur encéphalique, située en avant de la première tumeur, sortait par le trou occipital. L'intérieur du rachis communiquait avec la tumeur postérieure.

Il y avait complication de spina bifida.

M. Deville appelle l'attention sur le premier fait signalé par M. Blot. Il n'est pas d'accord avec lui sur le siège de l'épanchement. Il pense qu'il a existé primitivement dans les ventricules, et qu'il a fini par atrophier le cerveau.

M. Lebert a vu cet organe ne présenter plus que trois vésicules chez les embryons des vertébrés. Ces vésicules, dit-il, ne se remplissent pas quelquefois de matière cérébrale. Il serait alors difficile de décider si on a affaire à une hydrocéphalie méningiennne, ou bien ventriculaire ; car les ventricules sont les derniers restes des vésicules primitives.

Il ne faut pas oublier, ajoute M. Barth, que, dans un certain nombre de cas, on a pu voir partir de ce qui restait du cerveau une lame cérébrale qui allait s'ameincissant tellement, qu'elle s'éteint

réduite à une membrane qu'on pouvait reconnaître à peine à l'aide de la dissection.

Pour M. Gubler, il n'est pas toujours facile de dire si le cerveau a été détruit ; peut-être ne s'est-il pas développé. Il a observé un cas dans lequel le cerveau, aminci considérablement, se terminait pourtant par un bord mousse.

M. Deville est porté à penser que l'hydrocéphalie est le plus souvent ventriculaire et due à la persistance de la vésicule.

M. Cruveilhier a trouvé un cas de microcéphale, où tout le crâne était rempli d'eau. Quant à l'hydrocéphalie, il la diagnostique toutes les fois qu'il voit en bas la couche optique, le corps strié, le plexus choroïde très-développé, et de temps à autre un reste de voûte à trois piliers. C'est là pour lui l'hydrocéphalie ventriculaire.

4. — M. Blot montre l'utérus d'une femme morte deux mois après la conception : il ne présente pas de traces de corps jaunes. Ceux-ci disparaissent, après la conception, aussitôt que ceux qui suivent les époques menstruelles.

M. Houel assure, de son côté, que telle n'est pas la manière de voir de M. Coste, qui a trouvé les corps jaunes plus persistants après la fécondation qu'après les règles.

5. — M. Blot présente les utérus de deux femmes mortes de fièvre puerpérale à la Maternité, l'une quarante-huit heures, l'autre soixante-trois heures après un accouchement naturel.

La première, nommée Caboche, âgée de vingt ans, d'une très-forte constitution, d'une haute stature, fut prise, dans la nuit du 7 au 8, douze heures après l'accouchement, d'un violent frisson, accompagné de douleurs abdominales extrêmement fortes, qu'une application de trente sangsues calma un peu. Le 8, au soir, l'état du poulx ne permettant pas d'avoir recours à une nouvelle émission sanguine, on mit en usage les opiacés à l'intérieur et à l'extérieur. L'état de la malade n'était pas notablement changé à dix heures du soir ; dans la nuit son poulx devint misérable ; ses extrémités se refroidirent, et à cinq heures du matin elle expira.

La deuxième, nommée Devaux, âgée de 25 ans, d'une constitution ordinaire, accoucha le 7, à dix heures du matin. Dans la journée du 8, elle fut portée à l'infirmerie pour une douleur sciatique.

On la plaça dans le lit voisin de celle dont on vient d'entendre l'histoire abrégée. Quand nous la vîmes, continue M. Blot, à la visite du soir, elle était sans fièvre, et n'accusait d'autre douleur que celle qu'elle ressentait au niveau de l'échancrure, sciatique, et tout le long de la face postérieure du membre abdominal correspondant. Le lendemain 9, son état n'avait pas sensiblement changé. Le soir du même jour, à cinq heures et demie, le pouls était un peu plus fréquent; mais la malade, interrogée avec soin, affirmait ne souffrir que de son membre. Les cataplasmes laudanisés l'avaient déjà un peu soulagée; on en continua l'usage. A trois heures du matin, dans la nuit du 9 au 10, au moment où on vint pour lui donner des soins, on la trouva morte.

Cette mort, presque subite, nous préoccupa beaucoup, et nous pensions en trouver la cause dans quelque épanchement cérébral ou dans quelque hémorrhagie d'une des cavités splanchniques.

A l'autopsie, faite vingt-quatre heures après la mort, nous retrouvâmes, à très peu de chose près, et non sans étonnement, les mêmes altérations que nous avions rencontrées la veille chez la nommée Caboche. Aussi, pour abrégér, allons-nous les exposer collectivement; en ayant soin, seulement, de noter, en passant, les quelques différences qui existaient.

La cavité péritonéale contient à peu près un verre de sérosité rougeâtre. Il n'y a pas d'autres traces de péritonite.

L'utérus, assez bien revenu sur lui-même, n'a pas de forme qui lui soit propre; il est tellement ramolli, qu'il s'affaisse de manière à prendre celle du petit bassin, qu'il remplit exactement, et dont il dépasse les limites supérieures. Il prend aussi la forme du vase dans lequel on le place. Ce ramollissement du tissu utérin est général; il occupe toute l'étendue de l'organe, qui offre à l'extérieur une couleur brune assez foncée par places, grise en quelques autres. Il se déchire facilement, se laisse écraser sous les doigts. La surface interne de la matrice est couverte d'un détritüs de 4 à 5 millimètres d'épaisseur, couleur lie de vin ou plutôt noirâtre, gluant, sanieux, adhérent à toute la partie interne, s'enlevant assez facilement avec le manche d'un scalpel, ayant une odeur lochiale particulière. Le tissu utérin est lui-même comme infiltré d'un sang rouge brun.

Les ovaires sont sains chez la femme Devaux ; chez la nommée Caboche, au contraire, ils sont *complètement* transformés en deux masses du volume d'un œuf de poule chaque. Dans ces deux masses, qui sont tout entières formées par du sang noir demi-fluide, s'écrasant avec la plus grande facilité, on ne retrouve plus la moindre trace du tissu normal de l'ovaire pas plus que celle du corps jaune.

Presque tous les autres organes ont subi un ramollissement analogue à celui de la matrice. Le cœur, le foie, la rate, sont flasques, friables, et se laissent écraser sous le doigt. Ce ramollissement est surtout marqué dans la rate, qui, d'un volume plus considérable, est réduite en une sorte de bouillie sanieuse presque fluide.

Les reins et les poumons sont peu ramollis.

Le cerveau a sa consistance normale.

Il n'existe de pus dans aucun point du corps, ni dans le péritoine, ni dans la matrice, ni dans les vaisseaux, ni dans le tissu cellulaire, ni dans les muscles.

Le sang contenu dans le cœur et les gros vaisseaux a une couleur noire ; il est demi-fluide.

Quand on réfléchit à ces deux observations, ajoute M. Blot, et qu'on en rapproche les circonstances principales, il est difficile de se défendre d'une idée de contagion, exercée de la première femme sur la seconde. Comment, en effet, comprendre la mort si rapide de la femme Devaux, qui entre à l'infirmerie pour une simple névralgie ? D'ailleurs, ces faits ne seraient pas les seuls de la même nature ; presque tous les accoucheurs en ont observé d'analogues, et un de nos collègues a acquis, sinon la preuve, au moins la conviction intime de la possibilité d'une semblable contagion. Cette triste éventualité nous impose donc l'obligation de prendre toutes les précautions qui sont en notre pouvoir pour soustraire à cette affreuse intoxication les personnes qui sont confiées à nos soins.

M. Depaul est surpris de la rapidité avec laquelle la nommée Devaux a été emportée, alors que rien ne paraissait indiquer l'imminence du danger. Cependant il a été témoin, dans maintes circonstances, de résultats aussi funestes, et plus précipités encore, chez des femmes nouvellement accouchées. En effet, il en a vu passer dans l'espace de deux heures d'un état très satisfaisant à

une terminaison fatale. Comme des faits de cette nature ont quelque chose d'inexplicable, M. Depaul est porté à se demander si la visite du soir n'aurait pas été faite assez précipitamment pour que les symptômes en rapport avec ce qui devait avoir lieu fussent passés inaperçus. L'apparence que présentent les nouvelles accouchées qui sont dans ce cas est quelquefois caractéristique; le visage est coloré d'une rougeur particulière; le pouls est souvent accéléré. Une appréciation assez exacte de tous ces phénomènes et des conséquences qui peuvent les suivre réclame beaucoup d'attention et une certaine habitude obstétricale. A défaut de ces deux conditions quelques nouvelles accouchées ne reçoivent pas les soins que leur état réclame. M. Depaul en a vu qu'on avait mis à deux et trois portions, tandis qu'elles étaient réellement très-malades. Il ne doute pas cependant que M. Blot n'ait bien examiné et bien vu; aussi est-ce d'une manière générale qu'il a fait les observations précédentes.

M. Depaul agite une autre question, celle qui se rapporte au ramollissement des organes trouvé à l'autopsie. Il l'a souvent rencontré après la mort; mais il ne peut pas oublier que, dans quelques cas, les organes qui en étaient le siège étaient très durs pendant la vie. Ce fait est facile à constater, par la palpation, pour l'utérus. Celui-ci est aisément senti à travers les parois abdominales. M. Blot avait-il, par hasard, exploré ses deux malades pour pouvoir dire si leurs utérus étaient, lors de son exploration, ou durs ou ramollis?

M. Depaul appelle l'attention de la société sur une question plus intéressante encore que la précédente, c'est celle de la contagion, que M. Blot a soulevée.

Omettant à dessein les circonstances dans lesquelles la fièvre puerpérale se communique d'une nouvelle accouchée à une autre au moyen de l'air chargé de miasmes pûtrides, M. Depaul se demande si l'on peut donner cette maladie d'une femme à une autre, placée ou non dans les conditions de l'état puerpéral, et il se prononce pour l'affirmative. En effet, lorsqu'il recueille ses souvenirs, il croit pouvoir assurer qu'il a communiqué lui-même l'intoxication d'une malade à de nouvelles accouchées, bien portantes jusqu'à lui. C'est à deux époques bien tranchées de sa carrière mé-

dicale qu'il assigne les faits de cette contagion. Il croit devoir les rapporter aux autopsies qu'il a faites à la Maternité et à la Clinique; d'où il résulte que dans de semblables circonstances, il ne suffit pas d'observer la plus grande propreté pour se livrer à l'examen d'autres femmes, il faut encore s'abstenir.

Si j'avais besoin d'autres preuves pour me convaincre de la vérité que je viens de signaler, ajoute M. Depaul, je les trouverais dans des faits de la nature du suivant. Une sage femme, en nettoyant une nouvelle accouchée, fut prise d'un malaise très-grand; un frisson se montra bientôt, puis survinrent des symptômes de péritonite. L'utérus se prit à son tour d'inflammation. L'ouverture du cadavre révéla toutes les lésions qu'on trouve sur les autres femmes. Le fait est d'autant plus concluant que la sage-femme était vierge.

M. Cruveilhier cite, à l'appui des idées émises par MM. Blot et Depaul, l'exemple de M. Deneux, qui donna sa démission de l'hôpital, parce qu'il avait cru s'apercevoir que les autopsies qu'il y pratiquait étaient la cause d'accidents funestes qu'il eut à déplorer coup sur coup dans sa pratique civile.

A propos de la fièvre puerpérale, M. Cruveilhier dit encore qu'il a toujours considéré l'encombrement comme une des causes principales des épidémies que l'on observe dans les grandes réunions de femmes en couches. Il a puisé cette conviction dans les faits qu'il a observés à la Maternité lorsqu'il en était médecin. Plein de cette idée, il fit, dans le temps, un rapport ayant pour titre: *Du typhus contagieux puerpéral*. L'administration des hôpitaux s'en émut, mais elle n'en tint aucun compte.

M. Mailliot partage entièrement l'opinion de M. Cruveilhier relativement à l'encombrement, considéré comme l'une des causes principales de l'épidémie puerpérale. Il n'a jamais vu de ces épidémies dans les salles de M. Piorry, où se trouve toujours un certain nombre de femmes en couches, tandis qu'il en a existé depuis huit ou dix ans deux ou trois au moins à la Maternité. Dans l'intérêt de l'humanité, on devrait disperser les femmes qui doivent accoucher dans les différents hôpitaux de Paris. Les élèves, et par suite la société, trouveraient leur profit à cette disposition nouvelle.

M. Gubler n'est pas de l'avis de M. Mailliot. Il pense 1° Que tous

les hôpitaux reçoivent aujourd'hui des femmes en couches; 2° que l'administration des hôpitaux ne consentirait jamais à introduire à la Maternité des jeunes gens qui se trouveraient toujours côte à côte avec les élèves sages-femmes.

D'ailleurs, ajoute M. Lailler, l'institution de la Maternité est exclusivement destinée aux femmes qui doivent se livrer à la pratique des accouchements.

M. Mailliot répond que, s'il est vrai de dire qu'il entre dans la plupart des services des hôpitaux des femmes en couches, il est vrai de dire aussi que les étudiants ne peuvent en profiter, puisqu'ils ne sont pas admis à l'hôpital après la visite des médecins.

En second lieu, ce n'est pas une raison à faire valoir que celle qui s'appuie sur le non-consentement de l'administration. Il faut le forcer, ce consentement. On n'obtiendra rien sans cela.

6. — M. Cruveilhier présente le cerveau d'une jeune femme de 31 ans, qui est morte dans son service, avec une hémiplegie du côté droit. Il lui fit prendre de la strichnine, pour combattre la paralysie. Le bras, avant le traitement, était dans une résolution complète; mais après la strichnine, l'avant-bras et les doigts furent portés dans une contraction forcée. Cependant elle diminuait lorsque se déclara une nouvelle attaque trois heures et demie après le repas. La malade se laissa tomber. En même temps des convulsions se déclarèrent, d'abord dans le côté droit paralysé, puis dans le côté gauche. A la visite du soir, tout ce côté était dans une résolution complète. Le côté droit ne l'était pas à un si haut degré. La respiration était difficile, stertoreuse; le pouls assez fréquent, mais dépressible. On lui fit une saignée de deux palettes et demie; vingt sangsues furent appliquées, et la mort arriva dans la soirée.

A l'autopsie on trouva du sang renfermé dans la couche optique. Ce sang s'étendait dans la protubérance. Les traces de sang étaient linéaires. En dehors de la couche optique et du corps strié, on voyait un tissu de cicatrice. Des matières alimentaires en assez grande abondance, existaient dans l'abdomen et dans le petit bassin. L'estomac, qui était le siège d'un ramollissement pulacé, était perforé.

Il est probable que cette déchirure était consécutive à la mort, puisqu'il n'existait pas de traces de péritonite. On voyait encore

des matières alimentaires dans le grand cul de sac de l'estomac. Le ramollissement occupait les parties déclives. M. Gubler pense que cet état pathologique est le plus souvent en rapport avec la déclivité de l'estomac. M. Louis, ajoute M. Cruveilhier, le considère généralement comme formé durant la vie.

7. — M. Broca présente un exemple de *développement pathologique du lobe moyen de la prostate*. La pièce provient d'un homme âgé de cinquante ans environ ; elle a été recueillie dans les pavillons de l'école pratique, et par suite on n'a aucun renseignement sur les accidents qui ont précédé la mort. On voit, à la place occupée ordinairement par la luette vésicale, une tumeur du volume d'une noisette, et qui obture incomplètement l'orifice urétral de la vessie. On distingue, sur le sommet de cette tumeur, une gouttière dirigée d'avant en arrière, et semblable à la trace qu'aurait laissée le passage fréquemment répété de la sonde. Cependant M. Broca pense que cette gouttière existait naturellement, indépendamment de cette dernière cause.

M. Caudmont dit, à l'occasion de cette pièce, qu'il est important de ne pas confondre la saillie du lobe moyen de la prostate hypertrophiée avec la luette vésicale. Cette dernière éminence, qui n'est jamais aussi considérable que la première, est formée par la concentration des fibres musculaires du plan superficiel interne du trigone, lesquelles sont éparpillées en éventail derrière l'orifice uréthro-vaginal, et convergentes en ce dernier point pour aller s'insérer sur le verumontanum. Quand il existe un obstacle à l'émission de l'urine, et que la tunique musculuse est hypertrophiée, ces faisceaux sont proportionnellement aussi développés que les autres, et la luette vésicale est plus saillante que dans l'état normal. La tumeur formée par le lobe moyen de la prostate est constituée par des granulations, comme le reste de la glande. Celles-ci soulèvent la pointe du trigone, éraillent les plans musculaires à fibres transversales, et passent entre leurs faisceaux écartés. Le plan superficiel interne, dont les fibres sont longitudinales, est simplement soulevé, et on le retrouve étalé à la surface de la tumeur. Quelquefois cependant ces fibres se rassemblent en un ou plusieurs faisceaux, entre lesquels proéminent les granulations prostatiques, et alors la tumeur est divisée en plusieurs lobules par des sillons an-

tero-postérieurs plus ou moins profonds. M. Caudmont croit que c'est à cette disposition anatomique qu'est due la gouttière signalée sur la tumeur par M. Broca, et il engage son collègue à vouloir bien vérifier le fait par une dissection attentive.

8. — M. Blondeau montre des pièces anatomiques provenant d'un homme qui a succombé à la suite d'une ponction hypogastrique, pratiquée par M. Velpeau, qui n'avait pu introduire dans la vessie les bougies les plus fines. A l'autopsie on ne trouva ni péritonite ni épanchement d'aucune espèce; mais tout le petit bassin était rempli par une tumeur hydatique qui débordait la symphise des pubis. Le rectum, très-développé du reste, était fortement déjeté à gauche. Une autre poche hydatique, du volume d'une pomme d'apiis était accolée au cœcum. Les hydatides nageaient au milieu d'un liquide séro-albumineux.

Le volume de la vessie et l'épaisseur de ses parois étaient deux fois plus considérables qu'à l'état normal. La tunique musculieuse était hypertrophiée. Sa surface muqueuse était verdâtre, marbrée de taches de sang noir, et présentait des vascularisations nettement dessinées. Elle offrait une disposition analogue à celles des vessies à cellules. Le col de la vessie n'avait rien de particulier, si ce n'est la teinte verdâtre déjà notée. La partie transversale de la prostate fait une légère saillie. L'urètre ne présente rien de spécial dans ses quatre cinquièmes antérieurs; mais dans le cinquième postérieur, on voit, le canal étant ouvert et étalé, 1° à l'extrémité antérieure de la crête de verumontanum, un pertuis pouvant admettre le bec de l'algalie, et conduisant dans un cul de sac ayant deux centimètres de profondeur, et se perdant dans la prostate. 2° A droite, et au niveau de cet orifice, un second pertuis de même dimension que le premier, et conduisant dans un cul de sac sous-muqueux. En définitive, l'obstacle au cathétérisme pendant la vie était dû à la compression et au soulèvement qu'avait subis la vessie par les tumeurs hydatiques, situées entre elle et le rectum.

9. — M. Rieux raconte l'histoire d'une malade qui a succombé, à l'âge de cinquante-quatre ans, à la suite de trois ponctions abdominales, faites à des époques assez rapprochées l'une de l'autre. Chacune de ces ponctions a donné lieu à la sortie d'un liquide différent; le premier était séro-sanguinolent; le deuxième était plus

rouge; le troisième avait l'apparence de la boue splénique. La malade avait une teinte cancéreuse, son ventre était ballonné. Les viscères abdominaux étaient refoulés de bas en haut. On sentait dans le côté gauche des tumeurs dures, bosselées, inégales, et l'on avait conclu de ce fait à l'existence d'une hydropisie ascite symptomatique d'une tumeur cancéreuse.

A l'autopsie on trouva une tumeur fibreuse de l'utérus. Un kyste uniloculaire remplissait presque toute la cavité abdominale. Ce kyste était formé de deux membranes au moins superposées. Il avait contracté quelques adhérences avec un rein et le colon.

M. Richard fait observer que le col de l'utérus est allongé, et il demande à M. Rieux si on a pratiqué l'auscultation dans le but de savoir s'il se produisait au niveau de la tumeur quelques bruits anormaux.

M. Rieux répond que non.

M. Boulland demande si les vaisseaux se trouvaient par hasard comprimés par la tumeur. M. Rieux répond qu'il n'en était rien.

M. Boulland a observé une tumeur que l'autopsie apprit être de nature hydatique. On avait appliqué la potasse caustique sur le ventre pour déterminer avec des adhérences une communication de l'intérieur de la tumeur avec l'extérieur. Le stylet fut même introduit dans cette tumeur.

On n'avait pas constaté des bruits de souffle.

10. M. Narbonne, candidat au titre de membre adjoint, présente une pièce anatomique recueillie sur un homme âgé de 60 ans. Cette pièce consiste dans une hernie inguinale qui s'était formée dans le côté droit. Elle était accompagnée de constipation et de coliques. On n'avait pu la faire rentrer depuis deux ou trois jours, lorsque, dans la soirée on fut assez heureux pour la réduire; mais elle se reproduisit presque aussitôt; des vomissements survinrent, et la mort arriva.

On trouva le canal inguinal très-dilaté et un étranglement ayant lieu par le collet du sac.

11. — M. Demarquay fait voir une anomalie artérielle compliquée d'une anomalie nerveuse.

Le tronc brachio-céphalique manque, et l'artère sous-clavière du

côté droit naît à gauche de la crosse de l'aorte, et passe derrière l'œsophage, pour se rendre entre les scalènes du côté droit, comme cela a lieu d'habitude.

Le nerf récurrent droit manque complètement. Le pneumo-gastrique fournit, au niveau du larynx, un nerf qui va se terminer comme le nerf récurrent. M. Demarquay a constaté déjà deux faits analogues. Il en conclut que la disposition artérielle qu'il vient de signaler entraîne nécessairement avec elle l'anomalie nerveuse qu'il a montrée.

12.—Chez le sujet qui présentait cette particularité, et à l'ouverture duquel M. Gros a assisté, il existait un fait assez rare, celui d'un renversement tel du foie, que la vésicule occupait la partie supérieure, tandis que le sillon transversal regardait en avant et en haut. Des adhérences intimes et générales sont établies entre le diaphragme et la face supérieure du foie. Du reste, cet organe est modifié dans sa forme. M. Demarquay pense que les adhérences sont la suite d'une péritonite, et que le renversement doit être attribué aux mouvements continuels d'élévation et d'abaissement du diaphragme qui, en dernière analyse auront fini par entraîner le foie de bas en haut, en le fixant définitivement dans les points qu'il occupe.

M. Barth n'attribue pas la même importance que M. Demarquay à l'action des mouvements du diaphragme. Cette action a lieu constamment, et cependant ces renversements du foie sont extrêmement rares, même lorsqu'il existe des adhérences partielles. Ne pourrait-on pas croire que le foie se trouvait soulevé au moment où le produit de l'inflammation unissait le foie ainsi déplacé au muscle diaphragme, et que le retrait de la cicatrice ait joué d'ailleurs dans ce fait, un certain rôle ? M. Barth n'est étonné que d'une chose, c'est que les adhérences partielles ne renversent pas plus fréquemment le foie d'avant en arrière.

M. Cruveilhier pense que le travail cicatriciel a suffi pour renverser le foie.

M. Durand-Fardel insiste sur la fréquence des inflammations partielles autour du foie. Presque toujours, dit-il, elles amènent la diminution de volume de la vésicule, et par suite, elles exercent

probablement une action quelconque sur les fonctions de l'estomac et du tube digestif.

13. — M. *Denuccé* présente, à l'appui de sa candidature, une *tumeur cancéreuse* de la région parotidienne. Elle a débuté il y a huit mois, du côté gauche, par une induration ayant la grosseur d'une aveline. Cette tumeur a augmenté progressivement de volume, et elle est sortie vers le quatrième mois de l'excavation parotidienne, débordant en haut l'arcade zigomatique, en avant le bord postérieur du maxillaire inférieur, en arrière l'apophyse mastoïde. Elle s'est prolongée, d'autre part, dans la direction des vaisseaux, et a envahi le chapelet des ganglions cervicaux du même côté.

Les ganglions cervicaux du côté opposé étaient également tuméfiés.

La consistance de la tumeur était uniformément très-dure, sauf en deux endroits; au niveau du bord inférieur du maxillaire inférieur et du ganglion cervical, où elle présentait deux points de ramollissement.

La peau était bleue au niveau du lobule de l'oreille; adhérente, non ulcérée.

La malade était très-débilisée, mais sans symptômes de cachexie confirmée. La bouche ne pouvait s'ouvrir, et produisait dans les derniers temps, une exhalation gangréneuse très-prononcée. La respiration était gênée, mais sans asphyxie imminente.

La vie s'est terminée après plusieurs syncopes, des faiblesses, des sueurs froides, enfin par le coma.

A l'autopsie, la peau était très adhérente; elle recouvrait la tumeur. Celle-ci dépassait en haut l'arcade zygomatique, et occupait la place du muscle crotaphyte. En arrière, elle allait jusqu'aux attaches du splénius et du complexus à l'occipital. En avant elle occupait la région massétérienne. Elle présentait trois lobes inférieurs; l'un remontant vers la glande sous-maxillaire, l'autre descendant dans la gaine des vaisseaux, et venant comprimer la trachée-artère et la glande thyroïde, le troisième gagnant le triangle sus-claviculaire, et provenant du chapelet des ganglions cervicaux envahis. En outre, la tumeur proéminait, d'une part dans l'arrière-bouche, où elle était réduite à l'état de putrilage gangréneux, et descendait sur la paroi du pharynx jusqu'au ligament arythéno-épiglottique

gauche, d'autre part, dans le crâne, en traversant les os de la base, et soulevant la dure-mère, à laquelle elle adhérait, au niveau des trous du rocher.

Examinée dans son intérieur, cette tumeur était lardacée, résistante, criant sous le scalpel, grisâtre, dépourvue de suc, donnant l'aspect d'une substance amorphe, contenue dans les mailles formées par quelques fibres plus blanches, qui s'entrecroisaient.

La tumeur n'était pas enkystée; elle était comme infiltrée à la périphérie, et semblait se confondre par une transition insensible avec les os raréfiés et détruits, mais non ramollis, le tissu cellulo-adipeux et les muscles.

L'artère carotide qui traversait la tumeur était envahie par sa tunique externe, devenue adhérente, mais avait conservé sa perméabilité, tout en perdant de son calibre par un plissement de ses parois.

La veine jugulaire disparaissait complètement en pénétrant dans la tumeur. Les aponévroses, les nerfs pouvaient être suivis très-avant dans le tissu dégénéré.

Les ganglions lymphatiques au niveau du maxillaire inférieur, du triangle sus-claviculaire, et en quelques autres points, présentaient un aspect bien différent du reste de la tumeur. Ils formaient de petites masses variables en volume, noirâtres, fluctuantes, contenant un liquide semblable à du sang gâté.

Dans une coupe faite au milieu de la tumeur, on reconnaissait parfaitement la trace des muscles; les artères béantes, mais ratatinées, les aponévroses et les nerfs intacts. La glande parotide avait complètement disparu.

Les ganglions cervicaux du côté opposé n'étaient qu'indurés et engorgés et non dégénérés. Il n'y avait point de tumeurs dans le reste du corps.

La nature de la tumeur paraissait douteuse à M. Denucé. Elle offrait l'aspect du squirrhe, mais le microscope n'y démontra point de cellule cancéreuse.

M. Cruveilhier pense que la tumeur est cancéreuse.

14. M. Bouteiller présente un lipôme trouvé à la Pitié (service de M. Gendrin), sur une femme de soixante-cinq ans, qui y mourut cinq jours après son entrée, à la suite d'une asphyxie par les va-

peurs du charbon. Cette tumeur, qui était sous-cutanée, occupait la région lombaire droite, dans l'angle rentrant que forment la colonne vertébrale et la crête iliaque; elle est aplatie et du volume de la rate. Elle présente des échancrures à son bord interne; elle renferme dans sa partie inférieure une masse blanche, dure, malléable, de la grosseur d'un œuf de pigeon; elle est contenue dans une coque presque osseuse.

M. Bouteiller insiste 1° sur la position de ce lipôme; elle occupait, il est vrai, une région où le cellulo-adipeux est abondant, mais où la peau est très adhérente et très peu extensible; 2° sur la forme de la tumeur; elle est aplatie au lieu d'être sphérique, comme le sont en général les lipômes; cela doit être attribué au décubitus dorsal, 3° enfin sur la nature de ce dépôt d'un blanc-jaunâtre dont nous avons parlé.

M. Cruveilhier demande si cela ne pourrait pas être dû à une maladie d'un follicule sébacé de la peau. M. Bouteiller répond que la peau n'était nullement adhérente à la tumeur.

M. Barth pense que la partie dure de la tumeur est le résultat d'une hémorrhagie antérieure.

M. Bouteiller persiste à considérer une partie de la tumeur comme un stéatôme, en donnant à ce mot sa première acception, et non pas celle qui en fait un lipôme qui va dégénérer en matière cancéreuse. En un mot, c'est pour lui une modification de la graisse.

15. M. Gros montre à l'intérieur de l'anus la disposition suivante :

« A quatre ou cinq lignes de la marge de l'anus, cet orifice présente une série circulaire de culs-de-sac, ou petites valvules assez semblables, quand elles sont bien développées, à de petites valvules sigmoïdes. Au-dessus de cette ligne festonnée, on voit la véritable muqueuse rectale soulevée par des colonnes verticales qui s'attachent aux extrémités de chaque valvule dont le sinus répond à l'intervalle de ces saillies, tandis qu'au-dessous de cette ligne ondulée, on voit une portion de tégument lisse, polie, très vasculaire, mais ne ressemblant pas plus à la muqueuse qu'à la peau des environs de l'anus. » (*Note de M. Gros.*)

Tumeur Fibro-plastique de l'articulation du genou.

Observation recueillie par M. BATTEMBERG, int. des hôp. (Janvier 1849.)

Louis Debraux, âgé de quarante-trois ans, ancien instituteur, exerçant depuis plusieurs années la profession d'homme de peine, entra une première fois à l'hôpital Saint-Antoine, le 6 février 1847.

Il portait alors au genou droit une tumeur qui paraissait exclusivement formée par le gonflement des extrémités articulaires du fémur et du tibia. Il ne semblait pas que, pour arriver sur les os, on eût à déprimer une couche plus épaisse de parties molles qu'à l'état sain, et la peau n'avait éprouvé aucune modification dans sa couleur, sa souplesse, sa mobilité sur les parties sous-jacentes. Le genou était médiocrement douloureux; le malade indiquait comme les points les plus sensibles les condyles externes du fémur et du tibia; de temps en temps, disait-il, quelques élancements s'irradiaient du genou dans l'articulation tibio-tarsienne. La jambe était légèrement fléchie sur la cuisse; le chirurgien et le malade pouvaient faire exécuter à l'articulation, sans douleur et sans difficulté, des mouvements assez étendus de flexion et d'extension. Il n'était pas possible cependant de porter celle-ci jusqu'à la ligne droite.

L'affection datait de trois ans; le malade ne se rappelait pas qu'elle eût été déterminée par aucune violence extérieure, et il ne savait préciser le point de l'articulation par lequel elle avait commencé.

Au reste, ses antécédents de santé, d'hérédité, et son état général actuel étaient des plus satisfaisants. Son père était mort à soixante-huit ans, d'une fluxion de poitrine, sa mère de *vieillesse*, à soixante-quinze ans. Son frère et sa sœur se portent très bien; lui-même n'a jamais été malade: point d'antécédents syphilitiques; pas de toux; pas de dévoiement; appétit bon et digestions faciles.

Tel était l'état du malade au mois de février 1847. M. Richet, alors chargé du service de M. Nélaton, qualifia l'affection de tumeur blanche *osseuse* du genou; et sillonna à deux reprises l'articulation de raies de feu.

Le 15 avril, le malade quitta l'hôpital, soulagé, mais non guéri. Il reprit ses occupations; mais au bout de trois semaines, il fut obligé de s'arrêter, et depuis il n'a cessé d'être dans les hôpitaux.

Nous le vîmes revenir, le 3 décembre 1847, dans le service de M. Nélaton, où il fut couché salle Saint-Joseph, n. 3. Son état avait bien changé.

Le genou droit avait acquis le volume d'une tête d'enfant, et il était facile de voir que cet énorme gonflement était dû à l'envahissement des parties molles.— Cette tumeur offrait une disposition singulière; elle était déjetée presque en totalité sur le côté interne de l'articulation qui était surmontée d'une espèce de demi sphère irrégulière et bosselée; du côté externe, au contraire, on sentait encore comme neuf mois avant, les extrémités articulaires presque immédiatement sous la peau.— Nous ne trouvâmes aucun point fluctuant; les os eux-mêmes ne présentaient même pas, comme le fit remarquer M. Nélaton, cette espèce de pseudo-fluctuation qui est propre aux fongosités de la synoviale; mais elles étaient élastiques, *réductibles*; elles fuyaient devant la pression des doigts vers l'intérieur de l'articulation; pour revenir aussitôt, comme par un mouvement d'expansion, dès que la pression avait cessé. Sur la face antérieure du fémur, immédiatement au-dessus des condyles, on faisait rouler sous le doigt quelques noyaux aplatis plus durs que le reste de la tumeur, qui ressemblaient parfaitement par leur forme et leur consistance aux plaques synoviales des tumeurs blanches. Chose étonnante! malgré cette énorme tumeur, on pouvait encore étendre et fléchir jusqu'à un certain degré

l'articulation sans douleur notable. Cependant le malade souffrait parfois cruellement; mais ses douleurs étaient spontanées, profondes, et parcouraient la jambe comme des traits de feu, du genou à l'articulation tibio tarsienne.

La tumeur n'avait pas acquis ce développement rapide sans réagir profondément sur la constitution. Le malade avait beaucoup maigri; il ne mangeait plus; il était tourmenté d'une toux continuelle, et de plus obsédé de sinistres idées. Il parlait sans cesse de sa mort prochaine, et cette préoccupation incessante se traduisait quelquefois par des accès d'un véritable délire. La poitrine, examinée avec soin, ne nous donna ni matité ni altération du bruit respiratoire. Aucune autre lésion ne put être constatée dans les organes intérieurs.

Le 30 décembre, M. Nélaton pratiqua l'amputation de la cuisse, un peu au-dessus de son tiers inférieur. L'opération ne présenta rien de remarquable; je dirai cependant que dès que l'os fut scié, M. Nélaton examina attentivement le canal médullaire qui était sain. La nature de l'altération que nous trouvâmes, et que le chirurgien avait soupçonnée, expliquera cette circonstance.

Description de la pièce anatomique, après une coupe antéro-postérieure de l'articulation.

Les trois os de l'articulation du genou sont considérablement augmentés de volume. La rotule a le double de son épaisseur normale. L'augmentation de volume est due à une raréfaction du tissu spongieux; les cellules de ce tissu sont plus amples, et distendues par une matière grasseuse qui est surtout abondante dans le canal médullaire du fémur et du tibia, où elle a remplacé la moelle; les parois des cellules sont minces et extrêmement friables.

Dans l'épaisseur de la partie postérieure du condyle externe du fémur, existe une plaque d'un tissu blanc terne,

de consistance lardacée ; cette plaque est arrondie et du diamètre d'un franc, elle remplit une excavation nettement limitée, où le tissu osseux semble avoir été détruit comme par un emporte-pièce. Tout autour de cette plaque le tissu spongieux est vivement injecté.

Une autre plaque de même nature, de même dimension, se trouve dans le condyle externe du tibia, à son centre.

La synoviale n'est plus démontrable que comme une espèce de vernis appliqué sur un tissu identique à celui que nous avons trouvé dans les condyles du fémur et du tibia. C'est cette dégénérescence du tissu cellulaire sous-synovial qui formait à elle seule la tumeur des parties molles ; son épaisseur varie de 2 à 7 centimètres.—A un examen attentif, on voit que la production morbide ne fait pas une seule masse partout continue ; mais qu'elle est composée de plusieurs noyaux, enveloppés de toutes parts d'une couche mince de tissu cellulaire, comme d'un véritable kyste.—Un de ces noyaux est interposé aux surfaces articulaires, et se continue avec celui que nous avons signalé dans le fémur à travers une perforation de celui-ci.

Réflexions. On peut se demander si l'affection a débuté dans l'os, et s'est étendue de là à la synoviale ; si elle a suivi la marche inverse, ou bien enfin si l'os et la synoviale ont été tous les deux le point de départ de la production morbide.

Si nous avons à nous prononcer, nous dirions que c'est par l'os que la maladie a débuté.

Quelle était la nature du tissu morbide ? — En l'incisant, en le pressant, on en faisait suinter un liquide blanchâtre, mais qui était loin d'être aussi épais, aussi laiteux que le suc cancéreux.—La coupe montrait quelques fibres disséminées dans un tissu amorphe, homogène, dépourvu de vaisseaux apparents. A l'examen microscopique, MM. Robin et Lebert ont déclaré n'y trouver au-

eun des caractères du "cancer", mais tous ceux du tissu fibro-plastique.

Les cartilages sémilunaires sont restés parfaitement intacts ; quelques légères érosions se voient seulement sur les cartilages d'incrustation du fémur et du tibia. Les ligaments croisés n'ont éprouvé aucune altération.

Luxation du bassin.—Déchirure de la vessie.

Extrait d'une observation de M. THOUVENET.

Un homme de vingt-sept ans, d'une constitution athlétique, travaillait dans une carrière, lorsqu'un éboulement l'atteignit sur le dos et le renversa violemment à plat-ventre. On le releva et on le transporta à l'hôpital de Bicêtre, où il arriva deux heures après son accident.

Cet homme raconta qu'il avait uriné une heure avant son accident ; que depuis il avait rendu par la verge une petite quantité de sang. Son état, déjà fort grave au moment de son entrée, s'aggrava encore d'une manière rapide. Il survint bientôt un gonflement considérable avec teinte ecchymotique du scrotum et du périnée, des régions inguinales et de la moitié inférieure de la paroi abdominale antérieure. Le cathétérisme, pratiqué à deux reprises ne donna issue qu'à une petite quantité de sang. Puis le ventre se ballona, il survint des douleurs intolérables, de la fièvre, des vomissements, et le malade expira 44 heures après son accident.

On n'avait pendant la vie constaté aucune lésion du système osseux.

L'autopsie révéla des désordres effrayants.

Le tissu cellulaire de la paroi abdominale, des bourses, du périnée était infiltré de sang, et exhalait une forte odeur d'urine. Une vaste infiltration de même nature occupait le tissu cellulaire sous-péritonéal dans la totalité

du petit bassin, dans les fosses iliaques, remontant même du côté droit entre les deux feuillets du mésentère. La surface du cœcum, celles de l'S iliaque, étaient complètement recouvertes par cet épanchement.

La vessie était fortement revenue sur elle-même; ses parois infiltrées de sang avaient doublé d'épaisseur; sa muqueuse seule avait conservé sa coloration normale. A la partie moyenne de sa face antérieure existait une ouverture longue de trois centimètres, à bords déchirés et irréguliers. La partie voisine de la muqueuse était faiblement ecchymosée, et notablement injectée.

Le péritoine ne présentait aucune trace d'inflammation. Enfin, il y avait de graves lésions dans les articulations du bassin. La symphyse pubienne était rompue; le fibrocartilage était resté adhérent au pubis droit. Un intervalle de deux travers de doigt séparait les surfaces osseuses.

La symphyse sacro-iliaque gauche était *complètement détruite*. Celle de droite ne tenait plus que faiblement. Il fut facile de détacher entièrement le sacrum. Aucune fracture n'accompagnait cette destruction des ligaments.

Infiltration urineuse du périnée et de la prostate.

par M. NOLLET (juillet 1847).

Dans le mois de juin 1847, il est entré à l'hôpital Saint Antoine un malade âgé 50 ans et affecté d'une énorme infiltration urineuse. Dans sa jeunesse, il avait eu plusieurs blennorrhagies, et vers l'âge de trente à trente-cinq ans, tous les symptômes des rétrécissements de l'urètre.

Il s'était fait traiter plusieurs fois pour cette dernière affection; quand on était parvenu à dilater suffisamment son canal, il urinait sans peine; mais la guérison ne se maintenait pas longtemps, et il fallait revenir à la dilatation.

Quand il est entré à l'hôpital, il avait depuis la veille une infiltration urinaire de tout le périnée, du scrotum, de la verge et de la paroi antérieure de l'abdomen jusqu'à l'ombilic.

On lui fit de suite huit incisions disséminées sur les différents points infiltrés. Il y eut une amélioration sensible le lendemain et le jour suivant; mais le phlegmon urinaire, au lieu de se résoudre ou de fournir une suppuration louable, se termina par une gangrène générale du tissu cellulaire et de la peau des parties infiltrées. Le malade mourut.

On avait essayé de son vivant de lui introduire une bougie dans la vessie; mais après avoir franchi un premier rétrécissement, on avait été arrêté vers la partie la plus reculée de la portion spongieuse du canal. Comme l'urine s'écoulait librement au périnée par deux fistules, on n'avait pas insisté.

Description fidèle des lésions observées sur le cadavre dans les organes génito-urinaires.

Toutes les régions qui ont été envahies par l'urine, n'offrent plus qu'une gangrène générale de leurs couches superficielles. Les eschares sont pulpeuses, noirâtres, mêlées d'urine.

Les deux fistules du périnée sont sinueuses et déjà tapissées par une membrane de nouvelle formation qui devait s'opposer à une nouvelle infiltration.

Le canal de l'urètre, au-devant du premier rétrécissement, n'offre rien d'anormal sinon une diminution sensible de son calibre.

Le premier rétrécissement, fendu avec le reste du canal, s'en distingue par le froncement de la muqueuse au-devant de lui et en arrière. Il est formé par cette membrane doublée d'une couche de tissu cellulaire sous-muqueux épais et induré.

Le second rétrécissement, qui est placé à un pouce et demi en arrière du premier, se trouve à la limite des portions spongieuse et membraneuse du canal. Il ressemble à l'autre sous tous les rapports.

Entre les deux rétrécissements, le canal a subi une dilatation et une hypertrophie énormes ; il est renflé à son milieu et régulièrement fusiforme.

Il est également dilaté et hypertrophié en arrière du second, mais beaucoup plus dans les portions membraneuse et prostatique qu'au col de la vessie.

Il y a une perforation en arrière de chaque rétrécissement. En y introduisant un stylet, on pénètre dans chaque fistule correspondante du périnée.

La membrane muqueuse du canal, au niveau de la prostate, est criblée d'une foule de petites ouvertures qui conduisent dans une vaste caverne dont les parois sont formées par la membrane d'enveloppe épaissie de cette glande et qui contient du pus et de l'urine. Le tissu propre de la prostate a disparu. Cette poche urino-purulente ne communique qu'avec le canal de l'urètre.

La capacité de la vessie n'est pas sensiblement augmentée ; mais sa tunique musculuse a subi une hypertrophie énorme et a plusieurs lignes d'épaisseur.

Les uretères sont un peu dilatés, et les reins gonflés et gorgés d'urine.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

XXIV. ANNÉE.

BULLETIN N° 2. (Février 1849).

présenté

PAR MM. BARTH, BOUTEILLER, BROCA, CAUDMONT, CRUVEILHIER, DEVILLE, DUCLOS, HOUEL, POUMET, RICHARD, THIBAUT, et MAILLIOT, SECRÉTAIRE.

SOMMAIRE.

A. — *Extrait des procès-verbaux des séances de la société.*

2 février. — 1. Fibres musculaires de la vésicule biliaire. — 2. Dégénérescence de l'estomac. Rétrécissement pylorique. — 3. Gomme développée dans la partie droite du corps thyroïde. — 4. Épaississement de l'arachnoïde. — 5. Pleurite diaphragmatique. — Discussion générale sur les dénominations données par les auteurs anciens à quelques-unes des maladies de la poitrine. — 6. Fote granuleux.

9 février. — 7. Tumeur squirrheuse renfermée dans le médiastin antérieur, et comprimant l'aorte, les veines pulmonaires, la veine cave supérieure et la sous-clavière gauche. — 8. Discussion sur les culs-de-sac de la marge de l'anus, dont il a été question dans la séance du 26 janvier. Bibliographie. — 9. Insuffisance de la valvule mitrale. Discussion sur la théorie des bruits de souffle. — 10. Cancer de l'utérus. — 11. Opération d'anus artificiel. Discussion. — 12. Gravières d'acide urique.

16 février. — 13. Kystes de l'ovaire. — 14. Moignon présentant des cicatrices anciennes très-solides et des bourses muqueuses.

23 février. — 15. Calculs de phosphate de chaux dans la vessie. Abscès dans les deux reins. Hypertrophie de la prostate. Lithotritie. Discussion. — 16. Tubercule enkysté du poumon. Production polypiforme de l'utérus. Polype de l'estomac.

B. — *Cinq anomalies artérielles sur le même sujet. — Anomalie rare des artères de l'avant-bras. — Réflexions sur les anomalies artérielles du membre thoracique.*

C. — *Maladie de Pott et malformation de l'articulation scapulo-humérale du côté droit.*

*Extrait des procès-verbaux des séances de la Société
anatomique.*

Présidence de M. Cruveilhier.

1. M. Barth met sous les yeux de la société la vésicule biliaire d'une femme de 73 ans, emportée par un érysipèle intercurrent, survenu durant la convalescence d'une pneumonie.

On remarque dans cette vésicule des calculs qui oblitèrent le canal cholédoque.

Elle contient un liquide jaune-citrin, mais aucune trace de bile. Il existe en même temps une hypertrophie des fibres musculaires sur l'existence desquelles tous les anatomistes ne sont pas encore d'accord. Cependant M. Barth croit devoir rapporter à des fibres charnues les petites colonnes qu'il aperçoit dans les parois de la vésicule qu'il présente. Ces colonnes lui rappellent celles de la vessie.

M. Biot demande à M. Barth s'il a vérifié avec assez de soin la nature musculaire des fibres internes de la vésicule.

M. Barth déclare qu'il a fondé surtout son opinion sur les lois de l'analogie. Pour lui, les fibres musculaires de la vésicule sont si petites à l'état normal, qu'on ne peut les apercevoir; mais il en est bien autrement lorsqu'elles s'hypertrophient. Ne voit-on pas de même augmenter considérablement de volume les plans musculaires des organes creux dilatés préalablement et d'une manière permanente, comme le cœur, par exemple, l'intestin, la vessie?

M. Biot, tout disposé qu'il est à s'en rapporter à l'analogie, préférerait voir M. Barth soutenir sa proposition sans aucun de doute, plutôt que comme émanée d'elle; car à son tour, on pourrait tout aussi bien se demander si le tissu présenté comme musculaire ne serait pas de nature fibreuse; dont avant d'admettre une hypertrophie des fibres musculaires, il conviendrait de démontrer, à l'état normal, l'existence de fibres charnues dans la vésicule.

M. Barth se range à cette manière de voir; il décrit de nouveau ce qu'il voit et s'abstient pour le dénommer; toutefois, il croit apercevoir très distinctement trois plans dans la vésicule. Le

moyen serait pour lui le musculaire, si tant est que des recherches ultérieures donnassent gain de cause à cette idée.

M. Gros trouve les fibres indiquées par M. Barth trop dures pour qu'elles soient musculaires; il les considérerait plutôt comme un tissu albugineux prêt à se convertir en fibres musculaires. Il s'appuie, pour émettre cette opinion, sur les recherches et sur les écrits de Thomson.

M. Blot ne peut pas croire à la transformation annoncée par M. Gros.

2. La maladie de qui provient cette pièce ne pouvait plus rien avaler; elle rendait par le vomissement un liquide noirâtre. On sentait à droite de l'ombilic une tumeur allongée, mais dont les limites n'étaient pas faciles à déterminer.

Toute l'étendue des parois de l'estomac est dégénérée, à part celle qui avoisine l'œsophage. Il y a un rétrécissement extrême près du pylore. Ce rétrécissement est dû à une ancienne ulcération. Le doigt auriculaire ne peut pas le franchir. Les parois de l'estomac sont fermes et résistantes. La membrane muqueuse est très adhérente et très friable; le tissu cellulaire sous-muqueux est très abondant.

—3. M. Barth présente au nom de M. Potain, son interne, un goitre qui s'était développé dans la partie droite du corps thyroïde. Il existe dans l'intérieur de la tumeur des cloisons cellulo-fibreuses qui emprisonnent de la sérosité. Le pneumo-gastrique du côté malade est hypertrophié; l'autre nerf pneumo-gastrique est également un peu volumineux.

Cette augmentation de volume tient, suivant M. Breca, au développement du névrilème. Il existe une grande quantité de sinus cellulaires entre le névrilème et les filets nerveux qui constituent le pneumo-gastrique.

4.—M. Barth achève la série de ses présentations en montrant un épaississement très notable d'une partie de l'arachnoïde pariétale recueillie sur une femme âgée de 98 ans.

5.—M. Cruveilhier raconte l'histoire d'un individu qui était entré dans son service le 21 octobre 1848, avec une pleurésie ségessant à la partie inférieure droite du thorax. Il n'y avait pas de fièvre. La percussion et l'auscultation ne faisaient rien découvrir dans la pœi-

trine. On admit d'abord une *pleurodynie*; mais il ne s'était pas écoulé trois ou quatre jours, que le diagnostic dut changer. Il s'était formé un épanchement qui s'élevait assez haut. L'anorexie survint et continua, le mauvais état du malade persista, quoi qu'on fit pour réduire l'épanchement. Loin de là, les espaces intercostaux devinrent plus grands; on sentit la fluctuation, et l'on diagnostiqua une pleurésie *purulente*. M. Velpeau pratiqua une ouverture dans le neuvième espace intercostal, et il s'écoula une matière grumeleuse, d'une odeur fade. Le malade parut aller mieux d'abord; mais bientôt on perdit tout espoir, et la mort arriva.

On trouva à l'autopsie un foyer purulent enkysté siégeant sur la plèvre diaphragmatique et une péritonite sus-hépatique enkystée également. L'inflammation s'était étendue au muscle diaphragme.

M. Blot a observé un cas analogue chez une femme qui, après avoir beaucoup souffert à la partie antérieure de la poitrine, présentait, après la mort, un foyer purulent dans le péritoine et dans la plèvre. Néanmoins, malgré cette analogie, M. Blot n'aurait pas donné à cet état pathologique le nom de *pleurodynie*.

La douleur était aussi très vive dans le cas observé par M. Cruveilhier; elle était augmentée surtout par la plus légère application de la main sur les muscles intercostaux. L'individu ne se plaçait pas sur son séant; il ne se pliait pas sur lui-même.

M. Gubler appelle l'attention de la société sur la nature des douleurs que les malades éprouvent suivant que l'inflammation occupe tel ou tel système de l'économie. Ces douleurs, ajoute M. Gubler, sont caractéristiques des tissus enflammés.

M. Cruveilhier conclut des différentes opinions qui viennent d'être émises que les membres de la société devraient se livrer à quelques recherches, dans le but de bien déterminer le sens précis qu'il faut accorder aux dénominations qui servent à désigner les maladies de la poitrine.

M. Mailliot répond à M. Cruveilhier qu'il est indispensable de bien connaître la valeur des expressions que l'on emploie dans les maladies thoraciques avant de chercher à décrire ces maladies. Les plus anciens auteurs suivaient cette marche. Le mot *pleurite* (πλευριτις) avait une acception bien déterminée dans Hippocrate et dans Galien. Il en était de même dans Arétée, Paul d'Égine, Alexandre de Tralles. Ce dernier faisait même observer que s'il y avait douleur de

côté dans la pleurite, cependant il ne fallait pas voir une pleurite dans toute douleur de côté. Ce fut donc à tort que Baglivi admit plus tard des pleurites sans douleur. La membrane que nous appelons aujourd'hui la plèvre ne portait pas ce nom chez les médecins grecs et latins. C'est par un étrange abus de langage qu'on a donné à cette membrane le nom du côté tout entier. Celui-ci s'appelait πλευρον, les côtes s'appelaient πλευραι. La désinence ιτις exprimait l'idée de l'inflammation.

Existait-il une douleur de côté sans inflammation, le mot πλευροδυνη qu'on a traduit par pleurodinie (de πλευρα côté δυνη, douleur) était prononcé à la place de celui de pleurite.

Des causes variées amenaient des douleurs de côté; de ce nombre étaient les distensions et les ruptures musculaires (σπασματα et τραυματα).

D'autres dénominations spéciales étaient données aux états pathologiques qui s'accompagnaient de douleur au côté.

M. Mailliot dit encore, relativement aux douleurs qu'entraînaient les phlegmasies des différents organes, que, si elles existent à des degrés divers, suivant le degré de la maladie, elles reçoivent un cachet spécial du siège même de l'inflammation qui les tient sous sa dépendance.

Van-Swiéten dit avec infiniment de raison que l'intensité de la douleur est en rapport avec la tension et les mouvements des organes enflammés. C'est ainsi que dans la pleurite ayant son siège vers le milieu des arcs costaux, la douleur est plus vive que si l'inflammation existait tout près du sternum ou des vertèbres, où les côtes sont peu mobiles et s'écartent peu l'une de l'autre. (Commentaire du § 883). La douleur atteignait son summum d'intensité dans les cas cités par MM. Cruveilhier et Biot, parce que le diaphragme est constamment agité pour les besoins de la respiration ou par les mouvements du cœur. Du reste, cette espèce de pleurite porte, dans les anciens auteurs, le nom de παραπληνιτις (parapleurésie.)

M. Richard n'est pas surpris d'entendre prononcer le nom de pleurodinie lorsqu'on ne peut encore constater que la douleur des muscles et des nerfs intercostaux, mais ce diagnostic est provisoire et en rapport avec les signes négatifs de l'auscultation et de la percussion dans les premiers moments de la maladie. Viennent en-

suite les autres signes de l'inflammation locale; et on ne doute plus de la pleurite. M. Richard admet, du reste, l'existence d'une pleurodynie, au même titre qu'il admet une névralgie de la face, par exemple.

M. Gubler est de l'avis de M. Richard : La pleurite locale, dit-il, existait au début, mais elle laissait de l'incertitude dans l'esprit, parce qu'elle ne se traduisait que par le symptôme douleur; toute incertitude disparaît, au contraire, lorsque les signes de l'épanchement pleurétique deviennent évidents.

6. — M. Gubler montre un foie granuleux. Les granulations apparaissent, surtout à la surface de l'organe; elles sont plus marquées dans le lobe droit que dans le lobe gauche. Le tissu fibreux est loin d'être aussi développé que dans la cirrhose.

Il existe dans le fonds de la vésicule des petites tumeurs qui sont des follicules de la membrane muqueuse. Lorsque la pièce était fraîche, on distinguait sur le sommet de ces petites tumeurs un point plus noir, qui correspondait à leur orifice; elles paraissent contenir une matière fort analogue à la bile.

M. Richard fait ressortir l'analogie qui existe entre les follicules de la vésicule et celles de l'estomac. Il y a aussi certains kystes folliculaires de la muqueuse des lèvres, desquels on voit sourdre quelque chose d'épais et de visqueux, qui n'est pas de la salive.

7. — M. Berta fait remarquer la difficulté qu'on éprouve à porter un diagnostic chez quelques personnes avancées en âge. Cette difficulté tient à la complication des symptômes propres à la maladie nouvelle et au reliquat des maladies antérieures. Il apporte, en preuve de cette allégation, l'observation suivante :

Il avait, dans son service, depuis huit jours, à la Salpêtrière, une femme âgée de 70 ans. Sa figure était pâle, ses lèvres étaient violacées. Les membres inférieurs étaient oedémateux; les membres supérieurs l'étaient peut-être aussi. La malade était oppressée. L'idée première qui vient à l'esprit, dans cet état de choses, fut celle d'une gêne de la circulation ayant son point de départ dans le cœur. Mais l'auscultation ne fournissait aucun signe qui pût légitimer cette manière de voir, comme a priori. Il y avait de la matité dans la moitié inférieure de la cavité gauche de la poitrine. Sur ce même côté on entendait très-évidemment une respiration bronchique qui

avait son summum d'intensité là où la matité n'était pas absolue. Cette respiration ne s'étendait pas jusqu'à la base. Il y avait donc un épanchement pleurétique. Quelle en était la cause? Fallait-il songer à un hydrothorax, ou bien à une hydropleurite? Mais on ne trouvait rien, du côté du cœur, qui rendit compte de l'hydrothorax, et il n'était pas probable que la pleurite existât sans fièvre.

On eut recours à l'usage de la digitale, de diurétiques, etc. On n'obtint aucun amendement; la malade mourut.

A l'autopsie on trouva dans le médiastin une tumeur squirrhreuse, située derrière le sternum, et reposant sur la base du cœur, au-devant de la portion ascendante de l'aorte et des veines pulmonaires, de la gauche surtout. Ces vaisseaux étaient comprimés,

Il en était de même de la veine-cave supérieure et de la veine sous-clavière gauche qu'elle reçoit.

Le poumon gauche adhérait par sa base au diaphragme. Cette adhérence avait lieu au moyen de brides celluluses très-fortes.

Il y avait dans l'intérieur de la tumeur une petite cavité qui contenait un liquide jaunâtre à consistance de pus.

M. Leudet rappela le fait d'une tumeur semblable qu'il a présentée. Elle renfermait dans son intérieur une cavité analogue à celle dont M. Barth vient de parler; elle englobait le tronc brachio-céphalique. La personne qui l'avait portée n'était pas âgée de trente ans.

M. Mailliot ne s'explique pas l'absence du bruit de souffle chez la malade de M. Barth. S'il est vrai que ce bruit puisse naître de la compression déterminée sur les gros vaisseaux par un épanchement du péricarde, comment se fait-il qu'il ait pu manquer dans l'observation précédente? M. Barth regrette de n'avoir pas apporté à son examen tout le soin convenable. Peut-être aurait-il découvert la tumeur du médiastin.

8. — Plusieurs membres de la société reviennent sur les culs-de-sac ou petites valvules de la marge de l'anus, qu'a fait voir M. Gros dans la séance du 26 janvier dernier (Voir p. 24). M. Gros pensait avoir découvert ces valvules, et il s'étonnait que les auteurs n'en eussent point fait mention. Il croyait qu'ils s'étaient bornés à

décrire une ligne festonnée épidermique, et nullement ce qu'il a voulu démontrer.

M. Blondeau affirme que M. Ribes a parlé des valvules de la marge de l'anus, et qu'il en a tiré des conclusions pathologiques par rapport aux fistules de l'anus.

M. Gubler ajoute que Morgagni ne les a pas décrites seulement, mais encore qu'il les a figurées. Il montre le texte et la gravure. Mais Morgagni fait remonter à Glisson l'honneur de cette découverte.

M. Lailler n'est pas éloigné de croire que M. Gros n'a pas lu avec assez d'attention les ouvrages classiques d'anatomie les plus modernes. Sans cela il n'aurait pas donné, à la Société anatomique, comme nouveaux, des faits qui sont entrés depuis longtemps dans le domaine de la science. On les trouve relatés, notamment dans Boyer, Velpéau, Cruveilhier et Broc.

Après avoir décrit les rides longitudinales, Boyer ajoute : 3° On voit souvent dans les intervalles qui séparent ces colonnes des replis semi-lunaires plus ou moins nombreux, dont le bord flottant est dirigé de bas en haut du côté de la cavité de l'intestin. Ces replis, qui appartiennent à la tunique interne et à la nerveuse, forment des espèces de lacunes dont l'ouverture est tournée en haut et le fond en bas. On y trouve aussi des ouvertures de conduits muqueux qui sont dirigés de bas en haut, et qui fournissent une humeur épaisse et trouble, dont l'usage est de lubrifier l'anus, et de faciliter la sortie des excréments. Quelquefois, mais rarement, au lieu des replis semi-lunaires dont il vient d'être parlé, on trouve de véritables valvules qui touchent en quelque sorte l'extrémité inférieure du rectum. Morgagni a trouvé de ces valvules sur deux sujets; chez l'un, elles avaient une forme circulaire, chez l'autre, elles représentaient un croissant; elles étaient situées à un travers de doigt au-dessus de l'anus. »

BOYER.—(*Anatomie*. — T. IV, p. 379.)

« Le lieu de la continuité de la peau avec la membrane muqueuse, dit M. Cruveilhier, est remarquable. Cette continuité s'effectue, en dedans du rectum, à quelques lignes de l'anus proprement dit. Une ligne sinueuse, offrant une série d'arcades ou de festons à

concavité supérieure indique la ligne de démarcation. Quelquefois, au niveau de ces arcades, répondent de petites poches terminées en cul-de-sac et ouvertes en haut ; des angles de réunion des arcades partent des replis muqueux ; et dans les culs-de-sac s'engagent souvent de petits corps étrangers détachés des matières fécales qui deviennent la cause de fistules stercorales.

CRUVEILHIER. — (*Anatomie*. — 2^e ÉDIT., T. III, P. 356—357.)

On trouve dans M. Velpeau, le passage suivant :

« D'autres, Sabatier en particulier, ont pensé que le rectum étant largement dilaté en bas, ses follicules inférieurs devaient se laisser facilement dilater par les corps étrangers qu'entraînent avec elles les matières fécales. Quand il est plissé comme dans le jeune âge, les petites valvules qui en coupent transversalement les rides longitudinales circonscrivent des lacunes de nature à concourir au même but, mais qui, ainsi que l'affirme M. Ribes et que je l'ai constaté, manque le plus souvent au-dessus du sphincter, chez l'adulte. »

VELPEAU, (art. Anus du dict. de Méd., T. III, P. 307).

Enfin, suivant M. Broc, la muqueuse offre souvent de petits replis en forme de valvules, adhérents en bas et libres en haut.

(*Anatomie*, T. III, P. 391).

9. — M. Bouteiller présente le cœur d'un malade mort à la Pitié (service de M. Piorry). Ce malade, âgé de 46 ans, cocher, d'une forte constitution, avait eu plusieurs rhumatismes articulaires aigus. Depuis longtemps, il était sujet à des palpitations et à de la dyspnée avec paroxysmes.

À son entrée à l'hôpital, l'auscultation et la percussion démontrèrent que le poumon était congestionné et emphysémateux et que les bronches contenaient beaucoup de mucosités. Le cœur fut trouvé plus volumineux qu'à l'état normal. Ses bruits étaient faibles, ses mouvements tumultueux, mais il n'était le siège d'aucun bruit anormal. Le malade était très pâle, ses lèvres étaient violacées.

Le tartre stibié, à dose vomitive, améliora d'abord cet état, mais après quelques jours, il fallut y recourir de nouveau ; — nouvelle

amélioration. Elle ne se maintint pas, car le malade mourut le 2 février.

A l'autopsie, on trouva la valvule mitrale insuffisante (elle n'avait plus, dans tous les sens, qu'un diamètre de quatre-vingt-cinq millimètres) à cause d'indurations ossiformes très-volumineuses qui existaient dans l'épaisseur de cette valvule. L'oreillette droite, le ventricule correspondant et le ventricule gauche étaient légèrement dilatés (sans hypertrophie notable des parois), par la présence de caillots sanguins récemment formés. L'oreillette gauche, beaucoup plus dilatée, était dans toute son étendue, tapissée par des caillots fibrineux jaunâtres, très-adhérents aux parois, en un mot, en voie d'organisation. Ils avaient un centimètre d'épaisseur. La même cavité renfermait d'autres caillots analogues à ceux des autres cavités du cœur.

M. Bouteiller s'explique de la manière suivante l'absence de tout bruit anormal. Pour qu'un bruit anormal se produise, il faut deux conditions : 1^{re} que les parois de la cavité qui chasse le liquide soient très-actives ; 2^o que la masse du liquide qui traverse un orifice étroit soit considérable par rapport à cet orifice. Or, dans ce cas, les caillots adhérents gênaient l'action de l'oreillette gauche ; celle-ci eût-elle été hypertrophiée, elle n'aurait agi que faiblement, à cause de leur présence. D'un autre côté, l'oreillette recevait moins de sang que dans l'état sain, obstruée qu'elle était par cette masse coagulée, et le rétrécissement était relativement moindre qu'il ne l'eût paru à quiconque n'aurait pas tenu compte de la cavité qui le précède.

M. Blondeau demande la cause de l'absence des bruits de souffle dans les cas analogues à celui que M. Bouteiller vient de citer.

M. Barth répond qu'une infinité de rétrécissements de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche ne sont pas accompagnés de souffle, s'il n'existe pas en même temps une hypertrophie de l'oreillette.

10. M. Blondeau met sous les yeux de la Société un utérus carcinomateux provenant d'une femme récemment accouchée par M. Cazeaux. Elle est morte à l'époque des règles, et on a trouvé des caillots sanguins dans l'ovaire gauche et dans l'intérieur des vessies de Graaf.

Les symptômes du périto étaient écartés l'un de l'autre. Le corps de l'utérus était envahi par le cancer; son col avait disparu.

La paroi postérieure de la vessie était englobée par la tumeur.

Le rein gauche était excessivement volumineux, ou plutôt il était réduit à sa coque fibreuse excessivement développée; elle avait au moins six fois le volume normal. Elle était multiloculaire, et elle renfermait un liquide qui paraissait être de l'urine. Toute la substance du rein avait disparu. On trouvait mêlés à l'urine cinq ou six calculs qui ressemblaient à des grains de plomb.

L'autre rein était dégénéré, et deux fois plus volumineux qu'à l'état physiologique.

11.—M. Caudmont parle d'un petit enfant né avec une occlusion de l'anus. M. Maisonneuve n'ayant pas trouvé de sul-de-sac, propose l'opération de l'anus artificiel. En la pratiquant, il tombe sur une masse de tissu cellulaire, l'écarte et aperçoit une masse rougeâtre. Le rein occupait l'espace compris entre la dernière côte et la crête iliaque. Donc, il était impossible d'arriver à l'intestin sans blesser le rein, en ayant recours à la méthode de M. Amussat.

M. Blot, qui a vu le malade, confirme les détails donnés par M. Caudmont. L'enfant, ajoute-t-il, ne paraissait pas être à terme. On sait que, dans ce cas, les reins sont plus développés. Le méconium n'est pas d'ailleurs dans la dernière portion de l'intestin. On n'en a pas trouvé dans la portion du tube digestif qu'on a écarté. L'opération n'a pas réussi. Il faut l'attribuer peut-être aux conditions dans lesquelles l'enfant s'est trouvé.

M. Blot croit préférable l'incision parallèle au muscle carré des lombes, parce que, si on la fait horizontalement, on risque de tomber sur le rein. On ne distingue pas toujours très-bien la couleur du rein de celle de l'intestin rempli de méconium. On dira sans doute que, par cette méthode, il est plus aisé d'arriver sur l'intestin. M. Blot l'a cru d'abord; mais il n'a pas tardé à abandonner cette opinion.

Pour sentir la saillie du muscle carré des lombes, il conseille de faire saillir le dos de l'enfant. Il ne faut pas oublier d'ailleurs les rapports du péritoine avec le colon transverse.

Si nous tirons sur le colon descendant pour voir s'il y a un mécon-

tère, vous en faites un très aisément, le péritoine glisse sur la paroi latérale de l'intestin avec une facilité extrême.

12.—M. Caudmont présente les produits rendus par deux graveleux. Ce sont de part et d'autre, des graviers d'acide urique, de volume excessivement variable, ayant depuis la grosseur d'un grain de sable, d'une graine de moutarde blanche, jusqu'à celle d'un pois.

L'un de ces deux malades avait environ cinquante ans, et était d'une constitution véritablement athlétique. Les graviers qu'il a expulsés sont à surface lisse; mais les plus volumineux offrent des facettes. La quantité qui est mise sous les yeux de la Société anatomique, et qui est considérable, a été rendue dans l'espace de six à sept mois. Dans les derniers temps, alors que les urines contenaient encore chaque jour un certain nombre de graviers, on a constaté dans la vessie l'existence de plusieurs calculs volumineux, et le malade a été lithotritié.

Le second échantillon provient d'un homme âgé de soixante ans, qui a été aussi lithotritié, il y a peu de jours, à cause de l'existence dans la vessie de plusieurs calculs trop volumineux pour être expulsés. Quatre mois avant son opération, il a rendu en un seul jour, et en trois fois, toute la masse de graviers que présente M. Caudmont. Ceux-ci sont d'un jaune plus clair que les précédents; leur surface est chagrinée, rugueuse, et on n'y découvre pas de facettes. Avant et après cette époque, le malade n'a plus laissé aller de graviers, et il est arrivé à Paris avec des pierres dans la vessie.

M. Caudmont appelle l'attention sur les circonstances qui accompagnent ces deux observations. En même temps que des graviers de petit volume ont été expulsés spontanément, d'autres, d'une grosseur plus considérable, sont restés dans la vessie, et ont exigé une opération. Les pierres et les graviers sont nés dans les mêmes conditions; ils n'ont différé entre eux que par le volume, et il est arrivé que les uns ont été chassés de la vessie avant d'avoir acquis une grosseur trop considérable, tandis que les autres y ont pris des proportions qui n'était plus en rapport avec les dimensions du canal de l'urètre, les ont forcés de séjourner dans la poche urinaire. Aussi n'y a-t-il, entre la pierre et la gravelle que la différence de volume. Ces deux exemples prouvent, contrairement à l'opinion anciennement admise, que, quand on a la gravelle, on est

exposé à avoir la pierre; il suffira, pour cela, que, par une cause quelconque, un gravier soit retenu dans la vessie, et puisse y grandir. Quand on voit la pierre succéder à la gravelle, ou l'accompagner, elle est ordinairement de même nature que les graviers expulsés. La gravelle la plus fréquente est celle d'acide urique.

13. — M. *Denucé* présente une tumeur provenant d'une femme accouchée depuis douze ans. Cette femme était entrée le 5 février, dans le service de M. Michon. Elle avait des pertes depuis deux ans. On sentait à l'hypogastre et du côté gauche une tumeur ayant le volume de la tête d'un enfant. Le toucher l'avait fait sentir derrière les os pubis. Le spéculum n'avait pu faire découvrir le col de l'utérus. On n'avait pu recourir au toucher par le rectum, à cause de la fatigue qu'éprouvait la malade. Il survint une péritonite à laquelle la malade succomba après trois jours.

On trouva l'utérus hypertrophié, mais sain. Il y avait sur le péritoine des traces de l'inflammation; il existait entre l'utérus et le rectum une vaste poche perforée à sa partie supérieure; elle renfermait du sang et des caillots sanguins. Cette tumeur adhérait à la paroi postérieure de l'utérus.

Un des ovaires présentait dans son intérieur des kystes qui renfermaient du pus.

M. Cruveilhier considère ce fait comme un exemple de grossesse extra-utérine.

M. Blot demande si la femme dont il vient d'être parlé pouvait devenir grosse de nouveau. Y avait-il un corps jaune plus ou moins récent, plus ou moins ancien?

14. — M. *Broca* fait voir un moignon qui présente des cicatrices très-solides et des bourses muqueuses à l'intérieur. Il en conclut que l'amputation doit remonter à une époque assez éloignée.

M. Broca émet cette proposition, savoir que, lorsqu'une articulation reste immobile, il y a altération des portions de cartilages où il ne se fait plus de pression; il en donne pour exemple le tibia d'un individu qui avait la jambe fléchie sur le fémur. La moitié supérieure de la poulie est dépourvue de cartilage. Cet état pathologique ressemble à celui que l'on distingue sous le nom d'usure des cartilages.

M. Blot demande à M. Broca s'il s'est formé quelque opinion sur la pathogénie de la lésion qu'il vient de faire voir.

M. Broca s'abstient de répondre pour le moment, et se propose d'étudier ce sujet.

M. Davillies demande si l'os est tuméfié à l'endroit où manque le cartilage. Il engage M. Broca à s'assurer de ce qui est à cet égard.

M. Blondeau met sous les yeux de la société des organes génito-urinaires d'un homme âgé de soixante-deux ans qui a succombé après quelques opérations de lithotritie. Cet homme était, lors de son entrée à l'hôpital, abattu, indolent, peu énergique. C'est avec la plus grande peine qu'il répondait aux questions qu'on lui adressait. Il n'avait pas l'air de comprendre ce qu'on lui disait quand on lui recommandait d'uriner sur un linge pour conserver les débris de calculs. Chaque fois qu'on l'interrogeait, il répondait : Cela ne va pas mal. Il n'accusait de douleurs ni dans le thorax ni dans l'abdomen. Seulement il se plaignait de pesanteur sur le rectum et de difficulté d'uriner.

On trouva après la mort la vessie remplie de pus. Elle contenait une masse de calculs de phosphates de chaux, mous, faciles à scier, à couches stratifiées.

Il y avait des abcès dans les deux reins, et surtout dans le droit.

La prostate était deux fois plus volumineuse qu'à l'état normal.

Le membre inférieur gauche était oedémateux; il avait été douloureux pendant la vie.

M. Blot demande si on a examiné les veines qui vont de la vessie au plexus hypogastrique, pour savoir dans quel état elles se trouvent.

M. Caudmont insiste sur cette question, à cause du grand nombre de veines qui partent du côté du col de la vessie. Dans certains cas, dit-il, on n'a pas trouvé de traces de phlébite, bien qu'il y eût des abcès; dans d'autres, soit après la lithotritie, soit même sans que cette opération ait été pratiquée, on a constaté la présence d'abcès métastatiques, avec inflammation des veines.

M. Blondeau répond que les reins seuls sont le siège des abcès dont il a parlé, et que les veines signalées par MM. Blot et Caudmont ne présentent rien de particulier.

M. Caudmont ajoute que l'état général du malade indiquait plutôt l'opération de la taille que celle de la lithotritie. Cette question

d'opportunité est parfois si obscure qu'il est besoin de faits nombreux pour l'éclairer.

16. — M. Barth fait voir un tubercule enkysté, qu'il a trouvé dans le poumon d'une vieille femme morte des suites d'une pneumonie.

Il montre également une production polypiforme de l'utérus, qui lui paraît être formée par un caillot sanguin. Le pédicule du caillot se sépare assez facilement. Un autre petit polype de même nature était implanté sur le col.

Enfin M. Barth met sous les yeux de la Société un polype de l'estomac très-vascularisé, qui paraît formé par du tissu érectile; il est implanté au-dessus de la valvule pylorique, et il se détache au niveau d'une hypertrophie de la couche musculaire. Un très-grand nombre de vaisseaux pénètrent entre les membranes muqueuse et musculuse, jusqu'au polype.

M. Houel demande quelle était la position du polype. M. Barth répond qu'il tombait probablement dans le duodénum.

Cette pièce anatomique provenait d'une femme âgée de 83 ans, qui avait eu il y a cinq ou six mois une pneumonie double. Quand les signes de cette affection disparurent, la malade continua de tousser et d'expectorer. Le côté gauche de sa poitrine était moins sonore qu'à l'état normal; la respiration y était moins nette et moins pure. Cependant on ne distinguait pas de craquements. Une amélioration semblait survenir, lorsqu'il y a deux mois on entendit des craquements humides. L'obscurité du son était augmentée. La malade ne tarda pas à succomber, sans avoir éprouvé jamais ni sueurs ni dévoitement.

On trouva, après la mort, au sommet du poumon gauche, de petites cavités tuberculeuses aux divers degrés.

Le poumon droit était le siège de quelques tubercules disséminés.

Ont été nommés membres *titulaires* de la Société anatomique, dans le cours des mois de janvier et de février :

MM.

BROCA (19 janvier).

BLOT (16 février).

LUNIER (23 février).

Ont été nommés membres *adjoints* :

MM.

BATTENBERG,

BIDAU,

DENUCE,

FOUCHÉ,

LEGRAND,

LEMAISTRE,

(2 février).

M. DUBOIS a échangé son titre de membre *adjoint* contre celui de membre *correspondant* (9 février).

Cinq anomalies artérielles sur le même sujet. — Anomalie rare des artères de l'avant-bras. Réflexions sur les anomalies artérielles du membre thoracique.

Par M. Baoca, professeur de la Faculté, (Déc. 1848.)

Plusieurs auteurs ont remarqué la fréquence des anomalies artérielles multiples. Cette fréquence est telle, qu'on ne peut l'attribuer à de simples coïncidences. Lorsqu'on a rencontré sur un cadavre une première anomalie artérielle, on a beaucoup de chances d'y en trouver une ou plusieurs autres, et je crois rester au-dessous de la vérité en disant que cela arrive au moins une fois sur deux. On dirait que pendant les premières périodes de la vie fœtale, une même cause a agi à la fois sur plusieurs parties de l'embryon, et déterminé dans son développement ces irrégularités multiples.

Le cadavre sur lequel j'ai pris les pièces que je vais décrire présentait cinq anomalies artérielles, dont trois étaient bilatérales. L'une d'elles, aussi rare qu'importante, portait à droite et à gauche, sur les vaisseaux du membre thoracique; avant d'en venir à cette dernière, je vais rapidement énumérer les autres.

1° La pédieuse gauche n'existe pas. Parvenue au niveau de l'articulation tibio-tarsienne, la tibiale antérieure se divise en deux branches divergentes : l'une, fort grêle, c'est la sustarsienne interne, longe le bord interne du pied; l'autre, beaucoup plus grosse, passe sous le muscle pédieux, et va, sur le bord externe du pied, fournir les collatérales des trois derniers orteils : c'est la sus-tarsienne externe. La pédieuse et la sus-métatarsienne manquent complètement.

2° L'artère poplitée droite ne fournit aucune artéculaire interne. Ces branches sont remplacées par un tronc volumineux qui naît de la fémorale, au-dessus de l'anneau,

sort de la gaine des vaisseaux fémoraux avec le nerf saphène, et accompagne ce nerf jusqu'à la partie interne du genou. Ce tronc artériel, aussi gros qu'une radiale ordinaire, eût certainement gêné le chirurgien si la ligature de la fémorale à l'anneau eût été pratiquée pendant la vie.

3° Les deux artères obturatrices naissent à la fois, par deux racines à peu près égales, de l'épigastrique et de l'hypogastrique. Je ne mentionne ceci que pour mémoire, quoique cette disposition soit la plus rare de celles que présente l'obturatrice.

4° De chaque côté l'aorte fournit deux artères rénales; la supérieure donne une artère capsulaire, et l'artère ovarique se détache de l'inférieure. Il existe aussi quelques irrégularités dans la distribution et le rapport des veines rénales.

5° J'ai hâte d'arriver aux plus importantes de ces anomalies, à celles que présentent les artères des membres supérieurs. Mais avant de décrire ces pièces, et pour éviter de fastidieux détails, il est bon que je dise de quelle manière j'envisage les anomalies artérielles du membre thoracique.

Le sujet n'est pas neuf; un grand nombre d'auteurs d'un mérite incontestable en ont fait l'objet d'études multipliées. Ces anomalies sont si fréquentes, si variées, si importantes au point de vue anatomique comme au point de vue chirurgical, qu'elles devaient naturellement fixer l'attention. Cependant, malgré les efforts de Monro, Barclay, Ludwig, Sandifort, et surtout de Fréd. Meckel, la plus grande confusion règne encore à cet égard dans la science: chaque statistique nouvelle est venue démentir les statistiques précédentes, et les résultats publiés par les divers auteurs sont trop différents pour qu'on doive s'en accuser que le hasard. Je n'en citerai qu'un seul exemple. L'origine prématurée de l'artère radiale est considé-

rée comme la plus fréquente de toutes les anomalies par Monro, Burns et Meckel. Bidloo, cité par Wolf, a même décrit comme normale cette disposition irrégulière; tandis que Haller et Sandifort la donnent comme extrêmement rare, et que Camper et Fleishmann la nient d'une manière absolue.

D'un autre côté, ce même Fleishmann, ce même Sandifort décrivent comme fréquente la naissance de la cubitale dans l'aisselle ou le long du bras; tandis que Burns, Meckel et beaucoup d'autres trouvent cette anomalie bien plus rare que la précédente.

Il y a, je le répète, autre chose que du hasard dans des résultats si opposés. Cette contradiction vient de ce que tout le monde n'a pas apprécié de la même manière la nature de ces anomalies; de ce qu'on s'est laissé influencer par des idées préconçues, et surtout de ce qu'on a toujours considéré comme artère principale du membre celle qui présente le plus gros calibre.

Lorsque les deux artères qui par anomalie descendent de l'aisselle vers l'avant-bras sont très-inégaies en volume, on a dit sans hésitation que la plus petite était irrégulière, et on a conservé pour l'autre le nom d'humérale.

Lorsqu'elles sont à peu près du même calibre, on a eu plus de latitude encore.

Les premiers anatomistes disaient qu'alors il y avait deux artères humérales : ceux-là s'inquiétaient peu de la distribution définitive des vaisseaux ; l'essentiel pour eux était de savoir qu'il y avait souvent deux troncs artériels pour la circulation du membre supérieur, que l'un de ces troncs pouvait, au besoin, remplacer l'autre; et qu'il était permis par conséquent, avec quelque chance d'éviter la gangrène, de tenter la guérison des anévrysmes du coude.

Plus tard on disséqua un peu mieux ces deux artères du bras. On trouva que si, pour la fin de son trajet et sa

destination, l'une d'elles représentait la radiale, l'autre affectait la distribution de la cubitale. L'humérale s'était donc bifurquée plus haut que de coutume, de telle sorte que dans une partie ou dans la totalité de la longueur du bras, l'artère principale du membre, loin d'être double, manquait complètement.

Cette idée répugna à beaucoup d'anatomistes ; il leur parut que l'un des deux vaisseaux devait conserver le nom d'humérale, et que le second, dès lors était une artère d'origine prématurée. Mais quel était le vaisseau normal et le vaisseau accidentel ? On ne s'entendit pas là dessus. Chacun apprécia à sa manière, et trouva ce qu'il désirait trouver. Voilà pourquoi Fleishmann a vu dans toutes les anomalies dont je parle une naissance précoce de la cubitale, et pourquoi Burns a vu si souvent la radiale, si rarement la cubitale, prendre naissance dans l'aisselle ou le long du bras.

Afin d'éviter tant de confusion et de contradictions, j'ai voulu suivre dans l'appréciation de ces anomalies une méthode rationnelle et invariable. J'ai donc commencé par analyser la circulation artérielle normale du membre thoracique, et par la comparaison que j'ai établie entre les branches de l'humérale et celle de la poplitée, je crois avoir réussi à simplifier beaucoup la question.

L'avant-bras, comme la jambe, possède trois artères de premier ordre, et non point deux, comme les auteurs l'ont admis. La radiale est l'analogue de la tibiale antérieure ; la cubitale représente la tibiale postérieure, et l'inter-osseuse ressemble de tout point à la péronière. Je ne pourrais, sans dépasser les limites de ce travail, développer les arguments sur lesquels se basent ces analogies ; mais je puis assurer qu'elles existent autant dans la distribution et les rapports que dans le mode d'origine de ces vaisseaux. Il résulte de là que la première partie de la cubitale des

auteurs, étendue depuis l'émergence de la radiale jusqu'à celle de l'interosseuse, représente le tronc tibio-péronier, étendu depuis l'origine de la tibiale antérieure jusqu'à celle de la péronière. Je donnerais volontiers, pour continuer la comparaison, le nom de tronc *cubito-interosseux* à cette grosse branche artérielle qui commence au pli du coude, et finit au niveau de la tubérosité bicipitale.

Il arrive souvent qu'un tronc artériel change de nom lorsqu'il parvient dans une région nouvelle ; mais ces distinctions, destinées à rendre les descriptions plus faciles, sont purement conventionnelles, nullement anatomiques. La fémorale, la poplitée, le tronc tibio-péronier, ne sont en réalité que le prolongement de l'iliaque externe, et ne constituent par conséquent qu'une seule et même artère. De même, le vaisseau principal du membre thoracique s'appelle successivement sous-clavière, axillaire, huméral ; il ne se termine pas au pli du coude ; il y émet seulement une grosse branche, qui est l'artère radiale, et ne finit vraiment qu'au niveau de la tubérosité bi-cipitale, où il se bifurque définitivement en cubitale et interosseuse. La première portion de la cubitale des auteurs en fait donc partie. Pour éviter la confusion qui résulte, dans l'étude des anomalies, de ces changements de noms, je désignerai purement et simplement sous le nom d'*artère principale du membre thoracique* ce vaisseau variable dans son calibre, mais fixe dans ses rapports, qui s'étend en ligne droite et sans interruption depuis le tubercule du scalène antérieur jusqu'à la tubérosité bicipitale.

L'artère principale fournit, chemin faisant, les vaisseaux des régions qu'elle traverse. Arrivée près de l'avant-bras, elle émet successivement les trois artères de premier ordre, destinées à cette partie du membre thoracique, la radiale, la cubitale, l'interosseuse. Grosses ou petites, ces trois artères existent toujours ; mais elles peuvent naître plus

haut ou plus bas, et c'est en cela que consistent la plupart des anomalies.

La théorie indique que l'artère radiale doit présenter plus souvent que les autres une origine prématurée, puisque normalement déjà elle se détache la première du vaisseau principal. C'est en effet ce qui a lieu dans la proportion à peu près de sept fois sur dix. La cubitale vient ensuite. Quant à l'interosseuse, tout le monde s'accorde à dire que son origine prématurée constitue la plus rare de toutes les anomalies ; bien peu d'auteurs en rapportent des exemples ; la plupart d'entre eux se sont contentés de les indiquer sans les décrire. Les deux seuls cas que je connaisse, et qui soient accompagnés d'une description ou d'une planche, le cas de Theile (Encycl. anatomiq., t. III, p. 494), et celui de M. Dubreuil (Anom. artérielles, pl. VI, fig. 1), sont tout autre chose que des anomalies de l'artère interosseuse, ainsi que je le montrerai tout à l'heure ; de sorte que je ne suis pas convaincu que l'origine prématurée de l'interosseuse ait jamais été observée.

Quoi qu'il en soit, lorsqu'une des trois artères de l'avant-bras présente une naissance précoce, l'artère principale n'en continue pas moins son trajet normal le long du bras, dans la gaine du nerf médian, jusqu'au point où naissent normalement les deux dernières branches. — On conçoit de même que deux de ces vaisseaux puissent naître d'une manière prématurée ; alors encore l'artère principale, plus petite, mais cependant normale, descend jusqu'au coude, où elle se termine en donnant seulement la troisième artère de l'avant-bras. Il y a plus, les deux artères prématurées peuvent naître au même niveau ; en vertu de la loi de la *fusion d'origine*, ces deux artères, nées ensemble, et dirigées dans le même sens, se confondent en un tronç commun dans une partie de leur trajet. Il y a alors dans une partie ou dans la totalité de la largeur du bras

deux vaisseaux parallèles très-inégaux. L'un est le tronc commun des deux artères prématurées, vaisseau essentiellement anormal dans sa constitution et dans ses rapports. L'autre est l'artère principale du membre, ou, si l'on veut, l'humérale, qui n'en doit pas moins conserver son nom, malgré l'infériorité de son calibre, et qui descend normalement jusqu'au coude pour y donner naissance à la troisième artère, à la seule normale des artères de l'avant-bras.

Jusqu'ici, dans les cas de ce genre, on n'a jamais manqué de donner le nom d'humérale au tronc commun des deux artères prématurées : quant à la troisième artère, la seule qui ne fût pas déviée de la disposition normale, on a dit, au contraire, qu'elle naissait plus haut que de coutume. La planche déjà citée de M. Dubreuil en est un exemple frappant. L'artère que cet auteur donne pour l'humérale, trop superficiellement placée, passe en avant du biceps et de son tendon, pour se bifurquer, sur la face antérieure du rond pronateur ou cubitale anormale et radiale anormale. Au contraire, le vaisseau que M. Dubreuil présente comme une interosseuse d'origine prématurée, descend dans la gaine du nerf médian, sous le bord du biceps, derrière l'expansion de ce muscle, fournit toutes les récurrentes radiales et cubitales, et se termine au niveau ordinaire, en donnant une interosseuse normale. On est frappé de la contradiction qui existe entre cette planche et le texte même de l'ouvrage (V. Anom. artér., p. 168). Le cas de Theile, mieux décrit du reste, et surtout mieux apprécié par son auteur, est presque entièrement semblable à celui qui précède. J'ai trouvé moi-même un cas presque identique, et tout me porte à croire que les exemples d'inter-osseuse prématurée, énoncés en passant par les auteurs, se rapportaient bien plutôt à ce genre d'anomalie.

Ce n'est pas seulement au point de vue physiologique que les réflexions qui précèdent sont importantes. Elles le sont bien plus encore au point de vue chirurgical. N'est-il pas utile de savoir que, même en cas d'anomalie, il y a toujours un vaisseau dans la gaine du nerf médian, et que ce vaisseau peut être lié d'une manière méthodique? A la suite d'un phlegmon diffus de l'avant-bras, il survient le quinzième jour une hémorrhagie inquiétante. M. Blandin cherche l'humérale au milieu du bras, suivant les règles de la médecine opératoire. Il ne trouve dans la gaine du nerf médian qu'un vaisseau assez petit; il le lie néanmoins. Aussitôt après, le pouls radial est aussi développé qu'avant l'opération. L'artère cubitale, au contraire, a cessé de battre, et l'hémorrhagie se trouve arrêtée d'une manière définitive. Il est clair que chez cet homme la radiale offrait une naissance prématurée, et que néanmoins le chirurgien a pu intervenir utilement en sa faveur.

Les origines prématurées ne rendent pas compte de toutes les anomalies artérielles. Meckel a très clairement rapporté plusieurs d'entre elles à des vaisseaux supplémentaires que, d'après Haller, il désigne sous le nom de *vaisseaux aberrants*.

Les vaisseaux aberrants sont des branches qui émanent d'un tronc artériel, et qui, après un trajet irrégulier, viennent rejoindre ce tronc ou l'une de ses branches. Leur calibre peut être fort petit; celui du tronc principal n'est alors que faiblement diminué; mais à mesure que le vaisseau aberrant se développe, à mesure aussi le vaisseau principal diminue pour reprendre son calibre normal, aussitôt que la branche irrégulière l'a rejoint. Celle-ci dans son trajet, donne ordinairement quelques branches collatérales qui partent toujours de sa convexité.

A l'égard des vaisseaux aberrants, on a commis la même erreur qu'à l'égard des branches prématurées, c'est à dire

qu'on a considéré comme aberrant le plus petit, et comme normal le plus gros de ces vaisseaux; je pourrais répéter tout ce que j'ai dit à l'occasion des branches prématurées pour prouver que cette manière de procéder est vicieuse. Quels que soient son calibre et ses collatérales, le vaisseau aberrant est celui qui existe là où normalement il ne devrait exister aucun vaisseau.

Lorsqu'il y a deux vaisseaux le long du bras, il arrive fréquemment qu'ils communiquent au pli du coude par une anastomose assez grosse. Il n'est pas nécessaire, comme l'ont fait beaucoup d'auteurs, d'en faire un nouveau type d'anomalie, et de compliquer encore une question déjà assez épineuse. La théorie des vaisseaux aberrants rend un compte fort satisfaisant de cette irrégularité aussi fréquente que bizarre. Voici, en effet, ce qui a lieu : un gros vaisseau aberrant s'est séparé de l'humérale, à une hauteur quelconque; ce vaisseau, devenu superficiel, redevient profond au pli du coude, pour se jeter de nouveau dans l'humérale. Mais dans son trajet il a donné naissance à plusieurs vaisseaux, et, entre autres, à l'une des artères de l'avant-bras. C'est une anomalie simple au lieu d'être une anomalie double.

Il suffira maintenant de peu de mots pour exposer la disposition de mes pièces, et pour en donner une idée exacte sans entrer dans des détails minutieux.

A gauche, le vaisseau principal du membre thoracique se continue sans interruption jusqu'au niveau de la tubérosité bicipitale, lieu ordinaire de sa terminaison. Il est normal, à l'exception de son calibre, qui est diminué de plus d'un tiers. Un vaisseau aberrant s'en est détaché dans l'aisselle, et vient le rejoindre au pli du coude, à deux centimètres au-dessus de sa bifurcation en cubitale et interosseuse. Mais au moment de revenir dans l'artère principale, ce vaisseau aberrant perd les cinq-sixièmes de son

calibre par l'émission d'une grosse branche qui descend à l'avant-bras entre le long supinateur et le rond pronateur, et qui est l'artère radiale.

À droite, l'axillaire est très volumineuse. Au-dessous du tendon du petit pectoral elle perd la moitié de son calibre par l'émission d'une grosse branche dirigée en dehors. Cette branche est le tronc commun de la scapulaire inférieure, de la circonflexe postérieure et de l'humérale profonde. C'est une origine prématurée de ces deux dernières branches. En vertu de la loi de la fusion d'origine, les trois vaisseaux, nés ensemble, se confondent en un tronc commun, qui les fournit successivement.

Diminuée de moitié par l'émission de cette grosse branche, l'axillaire continue son trajet normal jusqu'au bord inférieur du grand pectoral; là elle perd tout à coup les neuf dixièmes environ de son calibre par l'émission d'un énorme vaisseau aberrant.

Celui-ci devient superficiel, passe en avant du biceps et de son tendon, donne, au pli du coude, une grosse artère radiale, et se dirige aussitôt d'avant en arrière, et de dehors en dedans, pour rejoindre l'artère humérale.

Dans son trajet le long du bras, l'artère humérale avait à peine trois millimètres de diamètre. Elle est restée constamment dans la gaine du nerf médian; elle a fourni plusieurs branches au brachial antérieur, ainsi que la branche qui accompagne le nerf cubital; presque épuisée par ces collatérales, elle semble, au pli du coude, sur le point de disparaître, lorsqu'elle recouvre tout à coup son calibre normal par le retour du vaisseau aberrant.

Dès lors elle est en tout point parfaitement normale. Elle continue son trajet pendant un centimètre encore, et se termine régulièrement en donnant naissance à une cubitale normale et à une interosseuse normale.

La théorie des branches aberrantes et celle des bran-

ches prématurées, expliquent parfaitement cette anomalie remarquable dont je n'ai pas trouvé d'exemple dans les auteurs, et qui eût constitué une classe à part si j'eusse suivi la marche ordinaire.

Maladie de Pott et malformation de l'articulation scapulo-humérale du côté droit.

PAR M. BOUTEILLER, interne des hôpitaux.

Agathe Bonhomme, âgée de 34 ans, journalière, est entrée à l'Hôtel-Dieu le 11 avril 1848 (service de M. Roux), salle Saint-Charles, n. 22). Elle portait au pli de l'aîne du côté droit, un énorme abcès froid, datant du mois d'août 1847, époque à laquelle elle vit apparaître une petite-tumeur de la grosseur du bout du doigt : celle-ci alla toujours en augmentant jusqu'à acquérir le volume de deux poings; mais elle n'incommodait nullement la malade, si ce n'est qu'à la fin elle déterminait une gêne extrême dans la marche.

Nous apprîmes que cette femme souffrait dans la région lombaire depuis deux ans et demi, et qu'elle y remarquait depuis cinq mois une gibbosité que nous constatâmes.

Agathe Bonhomme a eu trois enfants. L'avant-dernière couche date de deux ans et demi, et ce fut à partir de ce moment qu'eurent lieu les douleurs lombaires. Le dernier accouchement, qui s'est très bien fait en moins d'une demi-heure, est du mois d'août dernier, alors que le mal de Pott était déjà très avancé, puisqu'il avait donné lieu alors à une tumeur au pli de l'aîne. D'autres phénomènes, du reste, prouvent que la moelle fut toujours respectée tant que la maladie dura. Il n'y a en effet jamais eu de constipation, jamais de difficulté dans l'émission des urines, jamais de paralysie du sentiment ni du mouvement. La jambe droite, depuis l'apparition de l'abcès, ne fut jamais

oedématisée ; seulement elle semblait à la malade être plus froide que la gauche, et tout à fait dans les derniers temps, si cette femme marchait beaucoup dans la journée, il y avait de l'œdème le soir.

Quant aux antécédents, jamais de maladie sérieuse, si ce n'est à treize ans, deux abcès sous-maxillaires, dont, du reste, il n'y a plus de trace ; jamais de crachement de sang ni de disposition aux bronchites (l'auscultation ne révèle rien du côté du poumon, non plus que la percussion) ; la malade a beaucoup maigri depuis deux ans et demi, et à partir de ce moment, elle est sujette à des sueurs nocturnes abondantes, précédées de frissons. Point d'antécédents fâcheux dans la famille.

Le 17 avril, on vida l'abcès froid par une ponction sous-cutanée ; mais bientôt il se remplit et devint excessivement douloureux.

Le 22 et le 23, on fit une application de quinze sangsues.

Le 24, aucune amélioration n'étant survenue, on fit une large ouverture. Le soulagement fut prompt ; mais, comme la suppuration fournie par la colonne vertébrale ne céda pas à l'application de quatre cautères autour de la gibbosité, la malade alla toujours en s'affaiblissant, et enfin mourut le 11 juin.

Autopsie — Première partie. A. Le mal siégeait dans le corps des quatre dernières vertèbres lombaires, surtout de la deuxième et de la troisième, ainsi que dans les apophyses articulaires de celles-ci, avec écrasement des corps, vascularisation et stalactites osseuses, sans compression de la moelle. A droite partait du point intermédiaire aux deuxième et troisième lombaires, un trajet purulent étroit, qui traversait le muscle psoas, passait sous l'arcade fémorale, et se terminait au pli de l'aîne, dans la poche ouverte en dedans des vaisseaux fémoraux, et à huit ou dix

centimètres au dessous de l'arcade. La communication entre ce trajet et la poche était très étroite, ainsi que le trajet lui-même, de sorte que l'on conçoit bien l'absence d'œdème du membre. D'un autre côté, l'abcès ayant été ouvert, le pus ne séjournait pas, et ne pouvait exercer de pression sur aucun organe. Au contraire, du côté gauche, il y avait, lors de la mort, un peu d'œdème. Nous en avons été peu surpris quand nous avons trouvé un trajet purulent ou plutôt un cul-de-sac rempli de pus, appuyant sur la veine, et enfin n'allant pas encore jusqu'à l'arcade fémorale. Il avait son origine à gauche du corps de la quatrième vertèbre lombaire.

B. Rate énorme, contenant plusieurs abcès.

C. Quelques tubercules très-petits et à l'état cru, siégeant au sommet des poumons.

D. Vingt-deux calculs dans la vésicule du foie. Ce dernier était entièrement sain, du reste.

Deuxième partie de l'autopsie, relative à une malformation de l'épaule; reconnue pendant la vie.

A. Le bras droit est beaucoup moins développé que le gauche, ainsi :

	A droite.	A gauche.
du sommet de l'acromion à l'épicondyle,	21 centim.	31 centim.
du même point à l'articul. sterno-claviculaire,	13 centim.	16 centim.
circonférence du bras vers l'insertion du deltoïde,	11 centim.	16,50 mm.
moignon de l'épaule mesuré par dessous l'aiselle,	24 centim.	30,50 mm.
longueur de l'humérus,	19 centim.	32,00 mm.
longueur de la clavicule,	13 centim.	14,25 mm.
circonférence de l'omoplate,	38 centim.	45 centim.

B. Le moignon de l'épaule du côté droit est vicieusement conformé; ainsi il est grêle, pointu en dehors et en haut (c'est l'acromion qui fait saillie), présentant une deuxième éminence (apophyse coracoïde) entre l'acro-

nion et le milieu de la clavicule, éminence qui est interne et inférieure par rapport à la première.

C. La capsule articulaire est entière, assez forte, attachée aux points ordinaires de part et d'autre, mais tirée en bas, et appliquée contre l'omoplate, au-dessus et un peu en dedans de la cavité glénoïde.

La cavité glénoïde a deux centimètres et demi dans l'un, deux et demi dans l'autre; elle est à peine concave, dépourvue de cartilages d'encroûtement. Le bourrelet qui l'entoure est assez fort, surtout en dedans; c'est-à-dire là où se fait le choc de la tête humérale.

Le corps de l'humérus est grêle et infléchi vers l'attache deltoïdienne, de manière à former un angle ouvert en avant, angle du reste excessivement obtus. La tête de l'os semble déjetée en dedans et en arrière, ou, si l'on veut, est aplatie en avant et en dehors.

Les vaisseaux et les nerfs n'ont rien de particulier, si ce n'est que les nerfs et leurs ramifications sont très-gros.

D. Examinant l'articulation, on voit que la tête humérale porte au-dessus et un peu au dedans de la cavité glénoïde, appuyant sur l'omoplate par l'intermédiaire de la capsule. Cette tête est dépourvue de cartilages, excepté dans les quelques points qui viennent toucher le bourrelet glénoïdien.

E. Les muscles offrent des altérations très-importantes à noter au point de vue physiologique. Car l'anatomie pathologique des muscles peut faire connaître leur action. En effet, si l'on apprend d'un malade qu'il ne peut exécuter un certain mouvement depuis de longues années, on peut assurer que tous les muscles qu'on aura trouvés sains à l'autopsie ne jouent pas de rôle dans ce mouvement, et vice versa.

Grand pectoral.—Fibres supérieures atrophiées, décolorées, fibres inférieures dans le même état, tandis que les

fibres moyennes sont saines, rouges, développées. La malade, en effet, pouvait rapprocher le bras du corps, et cherchait même sans cesse à tenir le bras dans cette position, tandis qu'elle ne l'élevait jamais (fibres supérieures).

Petit pectoral. — Enorme, rouge, étalé sur la tête de l'humérus; son tendon est très fort, large, épais, brillant, régnant long-temps sur la partie antérieure du muscle.

Sous-clavier. — Sain. La malade abaissait bien le moignon de l'épaule : c'est cette fonction que l'on attribue aux muscles petit pectoral et sous-clavier.

Grand dentelé. — Deuxième, quatrième et sixième faisceaux rougeâtres. Premier, troisième et cinquième faisceaux blancs, fibreux, décolorés. Les quatre derniers n'ont pu être vus. Il me semble difficile de tirer des conclusions d'un état aussi varié d'un même muscle.

Trapeze. — Sain et énorme, comme on devait s'y attendre.

Grand dorsal. — Portion supérieure ou horizontale décolorée; portion moyenne rouge; portion inférieure moins décolorée que la supérieure, moins rouge que la moyenne.

Grand rond. — Atrophié.

Rhomboïde. — Infiltré de pus, par suite du décubitus dorsal prolongé. Après l'avoir râclé, nous l'avons trouvé rouge.

Angulaire de l'omoplate. — Sain et énorme.

Omoplat hyoïdien. — Sain.

Sous-épineux. — Infiltré de pus. Après l'en avoir dégagé, nous reconnaissons qu'il est décoloré et atrophié. Son aponévrose est très-épaisse.

Sus-épineux. — Il est comme fibreux.

Sous-scapulaire. — Il est dense : c'est le moins musculaire de tous. Il peut pour la couleur être comparé à une glace à la vanille.

Deltôïde. Biceps. Triceps. Coraco-brachial. — Tous ces muscles sont plus grêles, plus pâles que, d'ordinaire, tandis que certaines parties des muscles précédents, et quelques-uns en totalité, sont des muscles dégénérés. Voilà la distinction que nous avons établie après un long examen.

Toutes ces notes ont été prises en présence du cadavre, avec le concours éclairé de mon collègue et ami, M. Braca, aide d'anatomie.

Réflexions. — L'état de souffrance extrême de la malade nous a fait un devoir de ne point la fatiguer de questions. Nous regrettons de n'avoir pu étudier les mouvements dans le plus grand détail. Mais un point sur lequel nous nous sommes bien entendus avec cette femme est celui-ci : les mouvements de l'avant-bras étaient conservés, mais irréguliers. Ceux du bras étaient pour la plupart impossibles. Elle ne pouvait le mettre sur sa tête ni l'élever indépendamment du moignon de l'épaule.

Selon nous, nous avons affaire à une malformation congéniale de l'articulation scapulo-humérale. L'intégrité parfaite de la capsule, la forme de la cavité glénoïde et de la tête de l'humérus, prouvent que jamais les parties n'ont été dans leur rapport normal. La malade accuse sa nourrice qui l'aurait laissée tomber à l'âge de deux ans; mais on sait que les gens du monde trouvent toujours une cause extérieure aux difformités congéniales.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

XXIV. ANNÉE.

BULLETIN N° 3. (Mars 1849).

RÉDIGÉ

PAR MM. BARTH, BOUTEILLER, BROCA, CAUDMONT, CRU-
VEHLIER; DEVILLE, DUCLOS, HOUEL, POUMET, RICHARD,
THIBAUT, et MAILLIOT, SECRÉTAIRE.

SOMMAIRE.

A.—*Extrait des procès-verbaux des séances de la société.*

- 2 Mars. — 1. Structure du polype de l'utérus mentionné au numéro 16 de la page 47. — 2. Tubercules développés dans le cerveau. — 3. Cirrhose du foie dans la syphilis. — 4. Tumeurs épithéliales de l'amnios chez la vache. — 5 et 6. Anomalies artérielles d'un membre thoracique. — Perforation du nerf médian par l'artère inter-osseuse.
- 9 mars. — 7. Taille bilatérale. — 8. Fistule vésico-vaginale et vagino-rectale. — 9. Discussion sur la fragilité des artères. — 10. Conduit déferent oblitéré et dilaté. — 11. Tumeur encéphaloïde de l'estomac.
- 16 mars. — 12. Corps étranger de la plèvre. — 13. Ulcère au talon; élément épithélial envoyant un noyau dans l'intérieur du calcanéum. — 14. Double bec de lièvre, avec division absolue de la voûte palatine et du voile du palais. — 15. Ankyloses nombreuses chez un vieillard. Discussion. — 16. Méningite. Fièvre typhoïde?
- 23 mars. — 17. Luxation du pied avec fracture du péroné. — 18. Os sésamoïde entre l'astragale et le péroné. — 19. Corps fibreux de la matrice. — 20. Cancer de l'estomac. — 21. Adhérence complète du péricarde. — 22. Tumeur fibreuse de l'utérus.
- 30 mars. — 23. Kyste hydatique du foie. — 24. Texture anormale des os du crâne chez un fœtus rachitique. Fractures récentes produites pendant le travail de l'accouchement. Fractures anciennes consolidées pendant la vie intra-utérine.
- B. *Péritonite tuberculeuse. — Matière tuberculeuse dans la cavité utérine. — Anasarque et anémie. Empoisonnement par la digitale chez une femme de 79 ans.*

*Extrait des procès-verbaux des séances de la Société
anatomique.*

Présidence de M. Craveilhier.

1. — M. Blot annonce qu'il a examiné le polype qu'avait présenté M. Barth. Il a fait une coupe de ce polype et de la paroi postérieure de l'utérus sur laquelle s'insère le pédicule, et il est persuadé qu'il est de nature muqueuse. Il a pu constater parfaitement, à l'aide du microscope : 1° des cellules d'épithélium vibratil ; 2° des fibres fusiformes de tissu fibre plastique ; des noyaux de tissu fibro-plastique. Ces deux derniers éléments se trouvaient dans l'épaisseur du polype.

2. — M. Duhamel fait voir, à l'appui de sa candidature, des tubercules crus, développés dans le cerveau. Ils proviennent d'un homme qui a succombé à des tubercules pulmonaires dont l'origine remonte à dix-huit mois environ. Le malade était sujet depuis cinq ou six mois à des maux de tête très-violents. Il était même survenu des attaques d'épilepsie. Un tubercule très-volumineux se remarque sur l'hémisphère gauche ; il a une forme arrondie, et il s'enfonce dans l'épaisseur du cerveau, où il se continue par des prolongements avec un autre tubercule du volume d'une noix. Celui-ci est entouré de matière cérébrale ramollie. Au niveau de la face externe du tubercule, la dure-mère, sans être adhérente, est injectée.

Les membranes cérébrales n'étaient le siège d'aucune inflammation. Les tubercules n'étaient pas enkystés. M. Guhier pensa que les tubercules siègent plutôt dans l'épaisseur des méninges que dans celle du cerveau.

3. — M. Guhier fait voir le fœtus d'un homme âgé de 34 ans, qui avait été surpris, étant bien portant, par la syphilis. Un chancre qu'il avait contracté s'étant induré, et des accidents secondaires étant survenus, il se manifesta des troubles du côté du tube digestif ; la jaunisse se déclara, et au bout de quelque temps le malade mourut, portant des traces de quelques accidents tertiaires.

Son fœtus présente une altération analogue à la cirrhose, si ce n'est pas la cirrhose elle-même. On y remarque un très-grand nombre de granulations jaunes, dont quelques-unes étaient de la grosseur d'un pois ou au moins d'une tête d'épingle. Ces granulations

s'isolent assez bien, mais elles ne s'étendent pas d'elles-mêmes. Elles sont recouvertes d'une trame celluleuse. Une autre trame, celluleuse également, les pénètre, et supporte un grand nombre de cellules du foie; il y a un développement considérable du tissu fibreux qui enveloppe les vaisseaux. Les parois des veines sus-hépatiques sont plus épaisses qu'à l'état normal. Il est probable que cette altération du foie se rattache à la syphilis. C'est à la troisième période que sont frappés les organes profonds.

Dans la syphilis héréditaire, ajoute M. Gubler, le foie des nouveau-nés présente une teinte jaune plus ou moins tranchée. Il existe un tissu fibro-plastique au milieu des éléments du foie. On observe par transparence un véritable semis de semoule dans la substance hépatique. M. Gubler présente, à l'appui de son assertion, le foie d'un enfant qui est mort dans le service de M. Cullerier, et il le fait contraster avec le foie d'un autre enfant du même âge, qui est mort sans porter avec lui les germes de la maladie syphilitique.

Le présentateur a déjà vu six exemples du fait d'anatomie pathologique sur lequel il vient d'appeler l'attention, et il fait observer que d'autres ont été vus par M. Trouessou. Du reste, dans bien des cas, le foie présente une dureté telle que l'injection au bleu de Prusse avec l'essence de thérébentine ne pénètre pas.

M. Mailliot demande à M. Gubler s'il n'a, dans les affections qu'il signale, rencontré rien de remarquable dans les autres viscères.

M. Gubler répond qu'il a trouvé des éléments fibro-plastiques dans la rate; mais il s'empresse d'ajouter qu'il en a rencontré aussi, mais en plus petit nombre, dans des rates appartenant à des individus qui se trouvaient dans des conditions bien différentes.

4. — M. Blas fait voir une membrane provenant d'un délivre de vache. On aperçoit sur l'amnios une multitude de petites tumeurs qui ont l'apparence de pustules de variole, moins arrondies qu'elles pourtant. Elles sont blanches et formées de cellules épithéliales, développées sur la face interne de l'amnios.

5 et 6. — M. Broca présente une anomalie assez compliquée des artères du membre thoracique gauche. La pièce a été prise sur un sujet du sexe féminin. Le membre droit était normal.

L'artère axillaire, au-dessous du bord inférieur du petit pectoral, se divise en deux branches, très-irrégulières. La plus petite de ces

branches, grosse comme une radiale ordinaire, continue le trajet primitif de l'axillaire, se place d'abord entre les deux racines, puis au côté interne du nerf médian, et descend le long du bras dans la gaine de ce nerf. sous le bord interne du biceps. Suivant M. Broca, ce vaisseau, placé là où est normalement placée l'humérale, ce vaisseau, qui donne l'humérale profonde et la collatérale interne, doit, malgré l'infériorité de son calibre, conserver le nom d'humérale.

La plus grosse des deux branches de bifurcation de l'axillaire est au moins quadruple de la précédente; elle se porte d'abord en dedans pour devenir un peu superficielle et s'éloigne par conséquent de la gaine du nerf médian. Dans le court trajet qu'elle présente dans l'aisselle, cette artère fournit successivement : 1° la thoracique supérieure; 2° la mammaire externe; 3° la scapulaire inférieure; 4° la circonflexe postérieure; 5° la circonflexe antérieure. L'émission de ces grosses branches diminue à peine de moitié le calibre de ce vaisseau, qui, dès lors parvenu dans la région du bras, descend sous l'aponévrose brachiale, parallèlement au bord interne du biceps au niveau duquel il est placé, en avant par conséquent de la gaine du nerf médian. Au pli du coude, ce vaisseau passe sous l'expansion du biceps, descend encore verticalement dans une longueur de trois centimètres, puis il s'infléchit en dedans, et va, par convergence, rejoindre à angle aigu le tronc de l'humérale proprement dite. Ce vaisseau le long du bras a fourni : 1° une artère récurrente, qui suit le bord inférieur du grand pectoral, et se porte vers la glande mammaire, où elle s'anastomose par inosculatation avec la quatrième branche perforante de la mammaire interne; 2° trois artères au biceps; 3° une artère qui naît au-dessous du pli du coude, se dirige en dehors, puis en haut, et se distribue comme la récurrente radiale antérieure; 4° une grosse branche qui se dirige en bas, se place entre le long supinateur et le rond pronateur, et se distribue comme la radiale; 5° enfin une petite branche qui descend verticalement, et pénètre dans le rond pronateur, par la face postérieure de ce muscle.

Après avoir fourni ces nombreuses branches, ce vaisseau, à peu près double de l'humérale proprement dite, considérée au même niveau, va la rejoindre obliquement. Le tronc commun, qui est

le résultat de cette anastomose par convergence, est égal à la somme des calibres des artères qui le composent; il descend encore parallèlement à l'axe du membre, dans une longueur de deux centimètres, et parvenu au niveau de la tubérosité bicipitale, il se divise en deux branches égales dont l'une se porte en dehors : c'est l'artère cubitale, tandis que l'autre continue le trajet du tronc primitif et se distribue comme l'artère interosseuse.

M. Broca rappelle que les auteurs ont considéré de deux manières les anomalies de ce genre qui ne sont pas extrêmement rares.

Les uns disent qu'il y a simplement bifurcation de l'axillaire en radiale et cubitale, et que ces deux artères présentent au pli du coude une anastomose transversale. Les autres disent, avec Meckel, que l'artère radiale naît par deux racines, dont l'une vient de l'axillaire et l'autre de l'humérale au pli du coude. Or, un examen attentif montre que ces deux explications sont inexactes. En effet, 1° le plus petit de ces deux vaisseaux du bras présente les rapports normaux de l'humérale, et doit être considéré comme une humérale petite, mais normale; 2° L'anastomose du pli du coude n'est point transversale; elle est oblique de haut en bas et de dehors en dedans, c'est-à-dire du vaisseau anormal vers le vaisseau normal; 3° au-dessous de cette anastomose le volume de l'humérale augmente. La circulation dans cette branche anastomotique au pli du coude se faisait, par conséquent, de dehors en dedans, c'est-à-dire de l'artère anormale vers l'artère humérale, ce qui est précisément l'inverse de l'hypothèse de Meckel. Une partie du sang sorti dans l'aisselle du tronc principal du membre rentrait donc dans le tronc au pli du coude; c'est là ce que, depuis Haller, on nomme la circulation par des *vaisseaux aberrants*.

En résumé, voici de quelle manière M. Broca envisage cette anomalie : Un énorme vaisseau aberrant se détache de l'axillaire, et fournit dans son trajet la thoracique supérieure, la thoracique inférieure, la scapulaire inférieure, les circonflexes, les artères superficielles et antérieures du bras, l'artère radiale, puis il rentre au pli du coude, dans le tronc principal du membre.

La distribution des artères à l'avant-bras et à la main présente une seconde série d'anomalies. A l'extrémité supérieure de l'avant-

bras, il existe trois troncs d'égale calibre, la radiale, l'interosseuse et la cubitale.

Le trajet de ces trois vaisseaux à l'avant-bras est normal; mais l'inter osseuse, aussitôt après sa naissance, fournit une grosse artère, qui se dirige en avant, parvient à la face postérieure du nerf médian, perfore obliquement ce nerf, et se place à sa face antérieure. Cette artère accompagne le nerf médian jusqu'à la main, passe avec lui sous le ligament annulaire du carpe, et se termine en donnant les collatérales de l'index et la collatérale externe du médius.

De son côté, l'artère cubitale se termine en donnant les collatérales de l'auriculaire de l'annulaire et la collatérale interne du médius. Aucune communication n'existe, dans la région palmaire, entre la cubitale et l'artère du nerf médian. Le tronc radio-palmar manque complètement; il n'y a donc pas d'arcade palmaire superficielle.

La radiale enfin fournit l'arcade profonde qui est normale; mais au moment où elle perfore l'extrémité supérieure du premier espace interosseux, elle donne une grosse branche qui se dirige directement en bas, en arrière du premier muscle interosseux dorsal, se réfléchit sous le bord inférieur de ce muscle, passe ainsi dans la région palmaire, où elle devient ascendante, fournit, chemin faisant, la collatérale interne du pouce, et va s'anastomoser par inosculatation avec le tronc de l'artère du nerf médian. Cette anastomose eût pu avoir, sur le vivant, de graves conséquences chirurgicales.

Au point de vue purement anatomique, M. Broca fait seulement remarquer qu'en l'absence du tronc radio-palmar, et en l'absence de branches que la cubitale devrait fournir au médus et à l'index, c'est l'artère du nerf médian, branche de l'inter-ossense, qui fait les frais de la circulation supplémentaire.

7. — M. Lescaze présente, au nom de M. Lebreton, le bassin d'un enfant que M. P. Guersant avait taillé, et qui a succombé douze heures après l'opération, sans qu'il soit possible de remonter à la cause déterminante de la mort. L'enfant était âgé de trois ans et demi; la présence des calculs ayant été reconnue, on eut recours à la taille bilatérale (1^{er} mars). Les lames de l'instrument péné-

trèrent en arrière du muscle transverse du périnée, entre la vessie et le rectum. Le périnée fut évité. Le malade avait été soumis aux inhalations du chloroforme. Il avait peu souffert. Il avait eu un peu d'agitation après l'opération.

Les calculs pesaient 25 grammes. Ils étaient au nombre de cinq à six.

Les poumons présentent des tubercules à un degré si peu avancé qu'on ne peut leur attribuer la mort.

8. — M. Notta expose qu'au mois de septembre dernier entrant dans le service de M. Nélaton une malade atteinte d'une fistule vésico-vaginale et vagino-rectale. Elle était la suite d'un accouchement dans lequel la tête de l'enfant était demeurée long temps au passage. Le 2 septembre, on fit une cautérisation au fer rouge; le 3 il survint des vomissements; les 6 et 7 il existait une péritonite, et la mort arrivait le 10.

A l'autopsie, on découvrit les traces d'anciennes ulcérations; les cicatrices étaient bien formées. Les trompes adhéraient aux ovaires. Le cul-de-sac recto-utérin était comblé par des adhérences qui existaient entre le tiers inférieur de l'utérus et une portion de l'S iliaque. Le col utérin était presque en partie détruit. Le vagin se continuait avec cet organe. Le cul-de-sac vagino-utérin avait disparu. Autour de l'orifice vaginal, quelques escharres dues à la cautérisation. Pas de pus dans le tissu cellulaire environnant. Absence de rougeur sur la membrane muqueuse de la vessie. A un demi-centimètre du trigone vésical existait un orifice circulaire; la cicatrice avait cinq à six centimètres d'étendue; elle était blanchâtre et assez résistante.

L'orifice vaginal était situé au niveau de l'extrémité supérieure du vagin. Dans ce point le col de l'utérus était détruit.

Un autre orifice, large de deux centimètres sur un, était creusé dans le col de l'utérus, et faisait communiquer le vagin avec le rectum.

A l'occasion de quelques particularités qui se trouvent dans l'exposé que M. Notta vient de faire, M. Cruveilhier rappelle qu'il a été témoin de faits qui l'ont beaucoup frappé. Il a vu des péritonites survenir sans cause appréciable: tel fut, par exemple, le cas d'un

malade auquel Dupuytren donnait des soins pour un aneurisme contre nature. On avait détruit presque entièrement la cloison. Tout allait bien ; à un dernier coup de ciseau il survint des frissons et la mort.

L'autopsie ne révéla rien.

9. — M. Botrel, faisant allusion aux communications déjà faites par M. Courtin relativement à la fragilité des artères placées dans certaines conditions morbides, vient appuyer des propositions qu'avait émises M. Courtin lui-même.

Le présentateur montre dans ce but une portion de l'artère tibiaie antérieure, provenant d'un homme qui avait eu la jambe broyée. Cette artère, contuse par les fragments osseux, baignait dans le pus.

M. Nélaton a fait, après la mort, la ligature en employant une grande force. Aucun fil n'a rompu complètement les parois de l'artère. Au contraire, car si la tunique interne avait cédé dans quelques points, la tunique externe avait résisté. La moyenne avait été rompue. Les *vasa vasorum* étaient injectés.

M. Botrel conclurait de ce fait que l'artérite ne serait pas une contre-indication aux ligatures dans la suppuration.

M. Broca fait ressortir la différence de conditions de l'opération faite après la mort. Dans le premier cas, le choc continu du sang contre les ligatures, la dilatation des artères, agissent incessamment comme causes tendant à augmenter la fragilité des tuniques artérielles. Dans le deuxième cas, il n'en est pas de même. D'ailleurs, on ne nie pas qu'on puisse arrêter l'hémorrhagie par les ligatures faites sur les artères enflammées ; mais on ne peut pas nier, non plus, que l'hémorrhagie, dans de telles conditions, ne se reproduise bientôt.

M. Blondeau ne peut comprendre que des artères enflammées résistent à la ligature, autant que les artères saines. Pourvu que la tunique externe ne s'enflamme pas, il importe assez peu que les deux autres tuniques soient malades.

M. Deville, ne pouvant pas se ranger à l'avis de M. Nélaton touchant les conclusions que vient d'exposer M. Botrel, cite un fait qu'il emprunte à la pratique de M. Nélaton lui-même. Ce fait a été publié par M. Coffin dans les *Archives générales de Médecine*. Il était survenu à la suite d'une saignée un anévrysme faux consécu-

tif. Une ligature avait été faite par M. Veillemier à la partie supérieure du bras, consécutivement à une piqûre qu'avait faite dans la tumeur un chirurgien étranger, il s'était formé de la suppuration. M. Nélaton voulut lier sous l'artère clavière. Les hémorrhagies consécutives reparurent malgré cela. Pour avoir lié au sein d'un foyer purulent, on l'avait fait sur l'artère humérale enflammée; donc, il est vrai de dire, ajoute en finissant M. Deville, que les artères enflammées ne résistent pas autant que les autres.

M. Cruveilhier pense qu'il faut se rallier à l'opinion émise par MM. Broca, Blondeau et Deville relativement à la fragilité plus grande des artères enflammées. Il est admis en principe, dit-il, que tous les tissus enflammés sont plus fragiles. Bichat a soutenu cette thèse. Il serait remarquable que le tissu artériel se dérobat à cette loi. Dupuytren ne faisait pas une exception pour lui. Au contraire, il répétait souvent : Toutes les fois qu'une artère est liée sur un point enflammé, la section se fait rapidement, et l'hémorrhagie se produit. Pelletan lia l'artère brachiale dans les circonstances qui étaient pour Dupuytren une contre-indication, et la division de l'artère fut suivie d'une hémorrhagie. Des ligatures d'attente divisèrent encore le vaisseau, et le malade épuisé succomba.

Revenant de ce fait et des autorités qu'il a citées à l'artère présentée par M. Botrel, M. Cruveilhier s'attache à démontrer que, si elle est le siège de quelques rougeurs, au moins elle ne paraît pas être enflammée. Il éprouve, en effet, autant de difficulté à rompre la tunique interne que la moyenne. Quant à la tunique externe, elle ne cède pas davantage, dans quelque point que ce soit, à une très-forte extension.

M. Gubler fait observer que, sous quelque point de vue que l'on examine la question, il y a toujours une distinction à faire. L'action des ligatures ne saurait être la même dans tous les degrés de l'inflammation. Chacun de ces degrés place les artères dans des conditions différentes de ramollissement. Il est donc important de tenir compte et de la résistance physique et de la vitabilité. Il est possible à la rigueur que la ligature appliquée sur l'artère enflammée ne tombe pas plutôt que dans les conditions opposées; mais on ne peut admettre que la résistance physique soit la même dans les deux cas. Si la ligature se maintient au moment où elle est appliquée, peut-

être ne résistera-t-elle pas à l'effort du sang, comme le disait M. Broca.

Ce dernier donne l'histoire d'un malade qui avait été mordu au poignet. Il survint un phlegmon diffus qui sphacéla les chairs et dénuda l'artère radiale. Le douzième jour il survint une hémorrhagie. Le sang jaillissait par saccades, à travers la paroi ulcérée de l'artère radiale. On incisa l'angle supérieur de la plaie, et on plaça une ligature à trois centimètres au-dessus de la perforation. Malgré cela, l'hémorrhagie reparut au bout de quatre jours. La ligature de l'humérale fut pratiquée sans plus de succès. Il fallut en venir à l'amputation de l'avant-bras.

M. Broca cite encore d'autres observations analogues à la précédente, et il en conclut que la chute de la ligature, dès le troisième jour, est indicative d'une maladie de l'artère.

Pour M. Macquet, lorsqu'une ligature est appliquée, sa chute est hâtée par le développement de l'inflammation.

M. Deville croit contestable l'assertion de M. Macquet. Cependant il ne voudrait pas trancher cette question. Pour cela faire, il ne possède pas par devers lui assez d'éléments. Une plaie artérielle a été faite; on a eu recours à plusieurs moyens pour conjurer les accidents. Doit-on porter une ligature sur le point divisé? M. Deville n'oserait pas, quant à présent, répondre oui ou non. S'il s'agissait de la pratique, dans le doute, il appliquerait la ligature. M. Macquet ne prétend pas se montrer moins réservé; mais il ajoute que, lorsqu'on a affaire à une plaie artérielle, on ne peut pas savoir quel est son degré d'inflammation, et tenter la ligature. Toutefois il faut ne pas perdre entièrement de vue, dans certains cas, les observations faites l'année dernière, par M. Courtin.

10. — M. Gubler fait voir le conduit déférent gauche d'un nouveau-né. Il est oblitéré dans un point; mais en arrière de cette oblitération existe une dilatation en ampoule. Cette ampoule diminuait notablement le canal. On a tenté d'arriver par l'urètre dans le conduit, au moyen d'une soie de sanglier, et on y est parvenu. Téransius a cité un fait semblable à celui-ci.

11. — M. Boulland montre une tumeur encéphaloïde ulcérée sous forme de végétations, ayant son siège au voisinage du pylore. Les symptômes rationnels avaient fait soupçonner cette affection peu-

dant la vie ; mais sa position et ses rapports avec le lobe gauche du foie n'avaient pas permis de la reconnaître. Il existait, en outre, dans les poumons des tubercules très nombreux, avec une caverne très-étendue. Cette coïncidence est bonne à noter, à cause des idées trop exclusives qu'ont émises certains auteurs, qui pensent que l'existence du cancer exclut celle des tubercules.

M. Battemberg croit aussi à cette coïncidence ; pour lui, elle n'est pas très-rare. Il a observé récemment un cancer de la matrice avec une vaste caverne tuberculeuse.

M. Broca rappelle que des cas nombreux de cette coïncidence ont été signalés, notamment à la Société anatomique.

12. — M. Deville met sous les yeux de la société un corps étranger qu'il a découvert dans la cavité de la plèvre. Il provient d'un homme âgé de quarante ans, dont les plèvres présentaient plusieurs adhérences pseudo-membraneuses. A l'extrémité de l'un des filaments pseudo-membraneux pendait un petit corps cartilagineux, analogue aux corps inter-articulaires qui commencent. La partie centrale de ce corps étranger est dure, tout à fait osseuse, ou plutôt crétacée. C'est ainsi que les corps étrangers des articulations se convertissent insensiblement en substance osseuse. Ils se développent quelquefois dans le tissu ligamenteux des articulations.

13. — M. Broca fait voir le pied d'un individu qui portait depuis plusieurs années un ulcère au talon. Le malade avait été traité de toutes les façons ; on n'avait rien négligé pour faire disparaître l'ulcère ; on avait employé tour à tour la cautérisation au fer rouge et la rugination avec un couteau à amputation. Désespéré de n'obtenir aucun résultat satisfaisant, M. Lenoir a pris le parti d'amputer au-dessous de la malléole. Le microscope a fait découvrir dans la partie malade l'élément épithélial. Elle envoie un noyau assez considérable dans l'intérieur du calcaneum. C'est ce que fait voir la coupe de cet os. Le noyau est de même nature que ce qui fait la base de l'ulcère.

M. Deville regrette que dans les cas analogues à celui que signale M. Broca, les difficultés du diagnostic soient quelquefois insurmontables. Il n'aurait pas probablement mieux reconnu le mal que M. Lenoir ; mais après coup il voudrait que l'opération n'eût pas été faite. Il lui semble, en examinant attentivement la pièce anatomo-

mique, que les parties molles seules sont malades, et que peut-être, en poussant les choses à l'extrême, on aurait pu guérir en enlevant la moitié inférieure du calcanéum, avec la scie, la gouge ou de toute autre façon. M. Deville pense qu'il eût été facile de faire un moignon en attirant la peau des parties voisines.

M. Lebert partage l'avis de M. Deville relativement à l'opération qu'il propose, et il se fonde sur la localisation de la maladie. Cependant, il fait remarquer que les affections épidermiques vont souvent très loin dans l'épaisseur des os. Ils envahissent de proche en proche sans cesser pour cela de rester des maladies locales. Il a vu récemment un cancer épidermique de la lèvre, qui avait pénétré dans l'os maxillaire. Il a été témoin d'une production épidermique qui, après avoir attaqué la partie supérieure de la verge, avait fini par pénétrer dans l'intérieur des corps caverneux. Ces caractères rapprochent cette maladie du cancer ; elle fait des ravages localement, mais elle ne se généralise pas. M. Lebert croit donc, pour se résumer, qu'on obtiendra, dans de telles circonstances, d'autant plus de succès, qu'on portera plus loin et plus profondément les opérations.

M. Broca rappelle une opération pratiquée suivant les idées de MM. Deville et Lebert, sur un individu dont un cancer épidermique avait détruit une partie de la lèvre, et avait envahi l'os maxillaire supérieur.

14.—M. Broca porte la tête d'un enfant qui a vécu dix jours à peine. Il était né avec un double bec de lièvre, avec division absolue de la voûte palatine et du voile du palais. Le tubercule est plus mobile à droite qu'à gauche. M. Broca manque de détails sur ce qui s'était passé depuis la naissance, l'enfant ayant été trouvé dans les pavillons de l'école pratique.

M. Houel dit avoir observé une disposition anatomique semblable sur un enfant qui mourut au troisième jour sans avoir pu téter, mais ayant été alimenté avec du lait.

15.—M. Broca montre enfin d'autres pièces anatomiques provenant toutes d'un vieillard qui portait un très grand nombre d'ankyloses. Presque toutes les articulations des pieds et des mains sont enkylosées. L'articulation tibio-tarsienne jouissait encore de quel-

que mouvement. Les saillies qui limitent les surfaces articulaires sont très prononcées, la substance qui recouvre la surface des cartilages mobiles est formée de carbonate de chaux. Au-dessous se voient les cartilages non altérés. Ce dépôt de carbonate de chaux présente une teinte bleuâtre. Sur une autre articulation mobile, se voient des brides fibreuses qui vont d'une surface à l'autre. Ailleurs, un tissu osseux se prolonge d'un cartilage à l'autre. Il y a des dépôts calcaires dans certains points de l'articulation du genou. Ce dépôt calcaire n'existe pas là où manquent les cartilages.

Les seules articulations des pieds qui fussent mobiles étaient les articulations des orteils.

Discussion. M. Barth fait remarquer qu'il serait heureux pour la science que l'on pût se procurer, quand on le jugerait à propos, des renseignements sur les individus d'où proviennent certaines pièces anatomiques. On compléterait ainsi souvent des observations qui laissent fréquemment quelque chose à désirer. Ainsi, dans le cas particulier, on peut se demander si la goutte n'aurait pas eu quelque influence sur les ankyloses que nous venons de voir; dans la goutte, les articulations se soudent quelquefois.

Si la goutte est étrangère à la soudure des os, faut-il l'attribuer exclusivement au grand âge?

M. Deville répond à M. Barth qu'il a fait toutes les démarches nécessaires pour pouvoir arriver à des renseignements précis sur des sujets dont il voulait préparer vingt bassins de différents âges, mais qu'il a dû renoncer à son projet d'études, faute d'être secondé par les agents de surveillance des hôpitaux.

M. Broca répond, à son tour, à M. Barth que, dans la goutte, les concrétions sont formées par de l'urate de soude et non pas par des sels de chaux.

A propos de la présentation de M. Broca, M. Barth cite l'observation d'une femme qui tomba sur l'épaule. Il entendit des craquements en imprimant des mouvements aux parties contuses. Existait-il une solution de continuité des os? Mais un craquement semblable se produisait dans l'autre épaule; l'idée d'une double fracture fut écartée.

M. Broca a entendu aussi des craquements à l'épaule de certains

individus, et dans quelques cas une espèce de crépitation. Il attribue ces phénomènes aux frottements de la tête de l'humérus contre la clavicule et l'acromion.

Pour M. Deville, la lésion dont parle M. Barth produit quelquefois l'osure des cartilages et l'ankylose. Ce ne sont donc pas exclusivement les vieillards qui sont sujets à cette maladie; elle arrive à tous les âges. Il en existe dans ce moment un exemple dans le service de M. Michon.

M. Broca croit que les faits auxquels MM. Deville et Barth font allusion sont l'exagération de ce qui a lieu par les progrès de l'âge.

16. — M. *Macquet* apporte plusieurs pièces anatomiques provenant du même sujet. Le malade, âgé de 24 ans, à Paris depuis six mois, entrerait il y a quinze jours dans le service de M. Bouillaud. Il éprouvait alors avec une prostration générale des lourdeurs de tête analogues à celles qu'on retrouve dans la maladie désignée sous le nom de fièvre typhoïde. Il avait même des tournoisements dans la position assise. Il y avait de 104 à 106 pulsations par minute. La température du corps s'élevait à 38 degrés. Il n'y avait pas eu d'épistaxis. Le tube digestif était médiocrement développé; la constipation avait existé au début, et la peau de l'abdomen présentait deux ou trois taches rosées qui disparaissaient sous le doigt pour reparaître après la pression.

Une saignée ayant été pratiquée, on vit un caillot adhérent dans une partie du vase, libre dans l'autre. Il était recouvert d'une couche molle, peu épaisse, transparente.

Le second jour, on eut recours à l'application de ventouses.

Le pouls descendit au chiffre 72. A dater de ce moment, le malade allant de mieux en mieux, on lui permit quelques aliments. Mais après cinq jours d'amélioration, de très-vives douleurs de tête se déclarèrent dans la région frontale, puis survinrent des vomissements, des tremblements des membres, du trismus. La tête se porta fortement en arrière, et les yeux regardèrent en haut. On ne pouvait méconnaître à ces nouveaux symptômes une méningite de la base. Le malade mourut le huitième jour, après avoir prononcé pendant quarante-huit heures des paroles qui n'avaient pas de suite.

A l'autopsie, on trouva les ganglions mésentériques peu engorgés, et dans l'intestin grêle quelques plaques qui paraissent avoir été ulcérées. Une série de plaques ressemblaient à une barbe récemment faite. Il y en avait une trentaine.

Il existait à la base une suffusion sanguine et du pus avec tous les caractères de la méningite. Celle-ci s'étendait même à tous les hémisphères.

Peut-on rattacher cette lésion, dit M. Macquet, à la fièvre typhoïde, ou bien faut-il la considérer comme une maladie intercurrente? C'est à cette dernière manière de voir.

Chez le malade dont il vient d'être parlé, on avait entendu au niveau du mamelon et au premier temps un bruit de plissement bien caractérisé, dont la somme d'intensité existait à la pointe du cœur. On trouva un épaissement de l'une des lames de la valve tricuspidale avec des concrétions dans cette lame, qui était adhérente et recouverte d'un caillot.

Dans l'oreille droite, on trouva des concrétions de fibrine. La rate fut trouvée molle, diffuse, haute de 12. à 15 centimètres. M. Deville, faisant allusion au trismus mentionné par M. Macquet, dit qu'il a été surpris de lire dans M. Cruveilhier que le tétanos existait sans lésion anatomique. Nos bulletins portent des observations de tétanos avec méningite.

M. Barth fait remarquer encore que dans la méningite spontanée le pus est le plus souvent dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien. L'anatomie pathologique démontre ce fait dans l'observation de M. Macquet.

M. Barth fait remarquer encore que le développement des plaques de Peyer ne s'observe pas seulement dans la fièvre typhoïde, mais encore dans toutes les maladies graves, comme dans la pyémie, par exemple.

M. Macquet ne peut pas croire que les symptômes qu'il a énumérés ne soient pas en rapport avec la fièvre typhoïde. Ce n'était pas à coup sûr ceux de la méningite. Il est probable que la maladie première a été enrayée, et que la méningite est survenue pendant la convalescence.

M. Barth ne voit pas ici les lésions de la fièvre typhoïde. L'inter-

tin ne lui présente pas les lésions que l'on rencontre dans la fièvre typhoïde. Si cette affection a existé, il faut admettre qu'elle avait complètement disparu, et qu'elle avait été extrêmement légère, si légère qu'elle n'aurait laissé de trace ni dans l'intestin ni dans les ganglions mésentériques. On peut concevoir que ces ganglions, arrivés à un certain degré de développement, peuvent rétrograder et revenir à l'état naturel.

M. Lailler pense qu'on pourrait tenir compte de l'élément épidémique qui règne en ce moment dans les troupes de la garnison. Il existe actuellement dans le service de M. Martin-Solon une méningite cérébro-rachidienne presque épidémique.

M. Macquet insiste sur ce qu'il a dit, savoir, que la méningite qui s'était produite dans le service de M. Bouillaud devait coïncider avec la fièvre typhoïde plutôt qu'elle n'était la suite de cette maladie. Il ajoute qu'il existe en ce moment à Petit-Bourg plusieurs cas de méningite, et qu'ils en ont présenté tout à coup les symptômes.

M. Blondeau prétend de son côté tenir de M. Lacauchie que dans les nombreuses méningites qui sévissent sur les troupes actuellement, on pourrait croire à la fièvre typhoïde dès le début, comme dans l'observation de M. Macquet ; mais que, en définitive, les phénomènes observés avant ceux de la méningite, sont les avant-coureurs de la méningite.

17. — M. Notta raconte l'histoire d'un individu âgé de 35 ans environ entré chez M. Malgaigne le 31 décembre, avec une luxation du pied, qu'il s'était faite dans un moment d'ivresse. Cette luxation s'était reproduite le lendemain ; le pied se portait en dehors ; la face plantaire regardait légèrement en dedans : les téguments avaient subi une solution de continuité.

La luxation se reproduit toujours après avoir été réduite, M. Malgaigne enfonce sa pointe à la partie interne du tibia. Cette pointe n'a pas laissé de traces.

Un érysipèle s'étant emparé du membre malade, sans avoir été plus intense au niveau de la pointe qu'au niveau de la solution de continuité, le malade a succombé.

A la dissection on a trouvé détruits tous les moyens d'union de l'articulation ; 2° Une fracture du péroné oblique d'arrière en avant, et de haut en bas.

Le cartilage de l'os sur lequel glisse le tibia est érodé.

M. Deville fait observer que Dupuytren décrivait comme normale la fracture qui a lieu à la base de la malléole avec luxation en dehors.

18. — Chez l'individu dont il vient d'être question, il existait un os sésamoïde mobile entre le péroné et l'astragale.

19. — M. Duhamel apporte, à l'appui de sa candidature, un corps fibreux de la matrice, trouvé sur une femme âgée de quarante ans. Ce corps fibreux a le volume de la tête d'un fœtus à terme, et il s'énuclee avec facilité. Deux autres corps fibreux, du volume d'une petite noix, existent l'un sous le péritoine, l'autre dans l'intérieur de la matrice. Ce dernier est à peu de distance d'un polype muqueux.

20. — M. Duhamel met encore sous les yeux de la Société des masses cancéreuses qui ont envahi la face antérieure de l'estomac, les épiploons gastro-hépatique et gastro-splénique, le mésentère et le tissu cellulaire qui unit le péritoine au diaphragme.

L'intestin n'est pas intéressé.

M. Macquet demande quelle est la nature du tissu cancéreux.

Elle est squirrheuse, répond le présentateur.

21. — M. Broca présente un cœur assez volumineux dans lequel les deux feuillets du péricarde sont adhérents de toutes parts. M. Broca ne saurait dire les symptômes qu'a dû éprouver l'individu qui portait cette lésion anatomique, qu'il a trouvée dans les salles de dissection.

M. Deville a rencontré cette année deux exemples semblables.

22. — M. Bouteiller fait voir une tumeur ovoïde, développée dans l'épaisseur de la paroi utérine du côté gauche. Elle a été trouvée sur une femme âgée de trente-quatre ans, entrée le 2 mars 1849, à la Pitié (service de M. Piorry). Cette femme avait accouché depuis huit ans, sans que son ventre reprît jamais son premier volume. Au contraire, il avait toujours été en grossissant.

Le volume de la tumeur est celui d'un utérus parvenu au huitième mois de la grossesse; elle pèse plus de deux kilogrammes. Une coupe pratiquée dans toute son épaisseur fait reconnaître du tissu fibreux commençant à se ramollir sur certains points.]

On avait eu, depuis huit ans, à un kyste de Moxaire. La malade vivait fort bien avec cette tumeur, en se contentant de porter une ceinture abdominale, lorsque, quelques jours avant son entrée à la Pitié, elle fit une chute qui détermina une hémorrhagie qui l'a fait succomber.

On a constaté à l'autopsie une déchirure de la muqueuse utérine, avec perte de substance de 0,006 m.

M. Boncœur fait voir un kyste hydatique du volume d'une orange, trouvé dans le foie d'un homme mort, en quelques heures, du choléra, dans le service de M. Piorry.

L'épaisseur des parois du kyste est de deux millimètres. Elles sont douces et fibreuses. On remarque à la partie antérieure une plaque cartilagineuse de cinq millimètres d'épaisseur. La surface externe est blanche, lisse et unie, par un tissu cellulaire serré, au tissu du foie, qui n'est nullement altéré. Sa surface interne est jaune, rugueuse, et comme encroûtée de carbonate de chaux.

Le kyste contient : 1^o un liquide incolore, limpide, sans flocons, sans saveur, ressemblant à de l'eau pure ; 2^o un nombre considérable de petits kystes (100 à 150), réunis en forme de grappe. Leur volume diffère depuis celui de la tête d'une épingle jusqu'à celui d'une aveline. Cet amas de petits kystes n'a pas contracté d'adhérences avec la face interne du kyste d'enveloppe.

Chacun de ces kystes offre les particularités suivantes. Ils sont constitués par une vésicule mince, transparente, présentant çà et là de petits grains opalins, dont les uns ne paraissent pas surajoutés à la vésicule, tandis que les autres paraissent accolés à sa surface interne. Chaque vésicule contient un liquide analogue à celui déjà décrit, et au milieu duquel flottent de petits corpuscules ressemblant assez bien, pour la dimension et l'aspect, aux points opalins signalés sur la vésicule elle-même.

On ne trouve aucun kyste hydatique dans les autres organes.

M. Deville ne pense pas que les petits corps que l'on aperçoit dans l'intérieur des kystes, soient des échinocoques. Sur la surface interne de ces kystes existent des granulations blanchâtres qui détruisent leur transparence. Serait-ce là le point de départ des kystes secondaires ?

24. — 25. Nous présentons les pièces anatomiques provenant d'un fœtus rachitique. Elles consistent 1° en des fractures récentes, produites au moment de l'accouchement ; 2° en des fractures anciennes, consolidées pendant la vie intra-utérine ; 3° en une texture anormale des os du crâne,.... le tout accompagné d'une hémorrhagie cérébrale et méningée.

Une femme âgée de vingt-trois ans, tailleur, entre à l'hôpital Saint-Louis le 1^{er} janvier 1849, pour y faire ses couches. Elle affirme n'avoir jamais été malade. Son père et sa mère vivent encore. Elle a deux frères et deux sœurs, qui jouissent d'une bonne santé, et tous sont bien conformés, et ont les membres bien droits. Quant à elle, ses tibias sont légèrement arqués ; elle est d'une taille moyenne ; ses chairs sont fermes.

Enceinte pour la première fois, elle déclare que le père de l'enfant a les bras et les jambes extrêmement déformés par le rachitisme. Sa grossesse n'a rien présenté de particulier. Elle est à terme. Elle a été prise le 31 décembre, à sept heures du soir, de douleurs peu intenses, et elle est entrée à l'hôpital, dans la matinée du 1^{er} janvier, vers une heure de l'après-midi, les douleurs étaient peu fortes. La malade, éprouvant le besoin d'aller à la selle, se plaça sur un bassin, et aussitôt la tête du fœtus sortit de la vulve, sans causer de douleur. On vint de suite en aide à la femme ; les épaules se dégagèrent immédiatement, et l'accouchement se termina comme il avait commencé. Le lendemain matin, M. Notta vit l'enfant pour la première fois. Sa tête était d'une mollesse remarquable, et se laissait déprimer comme une vessie pleine d'eau. Les membres présentaient des fractures au niveau desquelles on sentait très-nettement la crépitation, et l'infirmière qui avait enveloppé l'enfant affirma avoir fait la même remarque. La face était légèrement violacée. Les cris étaient faibles. L'enfant était dans un état comateux assez prononcé ; il mourut à huit heures du soir.

À l'autopsie, faite le 3 janvier, à une heure, on ne trouve point de raideur cadavérique. L'enfant est du sexe masculin. Sa face présente une teinte violacée ; sa tête offre une conformation et un volume normaux. Le cuir chevelu est couvert de cheveux châtains, abondants, d'un pouce de long (27 millimètres). Le crâne est d'une

mollesse remarquable; il se laisse déprimer comme le faisait une poche membranée, pleine d'une substance molle; çà et là, à travers l'épaisseur du cuir chevelu, on sent des plaques osseuses, qui seront bientôt décrites.

Le tronc est bien développé. La poitrine est déprimée de chaque côté. Les membres thoraciques sont moins développés qu'à l'état normal. On perçoit à la partie moyenne des deux bras de la crépitation.

Les membres pelviens sont contournés sur eux-mêmes, et par suite ils se trouvent raccourcis au niveau des courbures symétriques qu'ils présentent. On voit un pli aussi marqué et aussi profond qu'un pli articulaire normal. C'est surtout au niveau de ces plis qu'on sent une mobilité anormale et de la crépitation. La peau n'est nulle part ecchymosée.

La longueur du fœtus, du synciput au pubis, est de 32 centimètres, et du synciput à l'extrémité du talon de 42 centimètres.

Les viscères thoraciques et abdominaux ne présentent rien de particulier. La vessie est contractée, revenue sur elle-même.

Le tissu cellulaire qui double la face interne du cuir chevelu ne présente pas d'ecchymose ni d'infiltration séreuse.

La partie antérieure et moyenne des lobes cérébraux est tapissée par une couche de sang très mince, épanchée dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, à travers lequel on voit très-bien se dessiner les circonvolutions. En enlevant les membranes, on trouve cette portion du cerveau parfaitement saine. Au niveau de l'extrémité postérieure des deux lobes cérébraux et du cervelet, l'épanchement de sang est plus considérable; et est situé à la fois dans la cavité arachnoïdienne et dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien. Dans ce point on trouve des caillots bien distincts. Après avoir enlevé les membranes, on voit la substance cérébrale fortement ecchymosée, ramollie, noirâtre à sa surface. On découvre çà et là, plus profondément, des groupes de pointillé rouge formés par de petits caillots sanguins. La partie postérieure du cervelet présente exactement le même aspect. Les ventricules du cerveau sont normaux, et contiennent à peine quelques gouttes de sérosité sanguinolente. La cavité de l'arachnoïde est pleine de sang noir liquide,

qui existe en plus grande quantité au niveau de la queue de cheval. La moelle ne présente rien d'anormal.

Squelette. — La voûte crânienne présente un aspect tout particulier. Les pariétaux sont constitués, le gauche par deux points osseux centraux isolés, de la grandeur d'une pièce de 1 franc chacun; le droit, par un seul point central, commençant à se diviser en deux points osseux centraux, semblables à ceux du côté gauche. La base seule de la portion écailleuse de l'occipital est ossifiée, ainsi que la partie inférieure de la portion frontale et presque toute la portion orbitaire de chaque moitié distincte du coronal. Le reste des os précités est remplacé par une multitude de petites plaques osseuses de forme très variable, ayant depuis 1 centimètre de diamètre jusqu'à la grosseur d'une tête d'épingle, les unes sont de forme irrégulièrement circulaire, les autres sont oblongues, d'autres enfin ont la forme de petites stries osseuses ou de petits points arrondis. Ces derniers sont surtout très abondants au pourtour de la fontanelle postérieure. Ces petites plaques sont extrêmement minces; leurs bords sont denticelés pour la plupart. Elles sont séparées les unes des autres par des intervalles membraneux, variables, mais qui ne vont pas au delà de 1 à 3 millimètres. Dans quelques points elles se touchent presque. Leur disposition est très-irrégulière; soûlement dans leur ensemble, elles remplacent très-exactement les divers os qui constituent la voûte crânienne, et on les voit cesser brusquement là où, à l'état normal, les os sont remplacés par des parties membraneuses; de telle sorte que les sutures et les fontanelles sont parfaitement bien dessinées, comme chez le fœtus à terme, et ne sont nullement envahies par des points osseux. La fontanelle postérieure ne présente rien de particulier. L'antérieure est un peu plus grande qu'à l'état normal, et son angle antérieur se prolonge en avant jusqu'à la partie antérieure du front. Les grandes ailes du sphénoïde et la circonférence de la portion écailleuse du temporal présentent les mêmes particularités que nous venons de décrire. La base du crâne est peu développée, mais bien ossifiée. La face est bien ossifiée également, à part la voûte orbitaire, dont l'ossification est incomplète dans quelques points. La face est peu développée et un peu comprimée latéralement. La

moitié gauche de la mâchoire inférieure étant plus développée que la droite, il en résulte une sorte de torsion de cet os, qui donne au faciès un aspect particulier.

Les germes des dents sont bien développés, et leurs couronnes passifiées, comme chez les fœtus à terme. La colonne vertébrale ne présente rien de particulier ; elle n'est point déviée. Les os du tronc n'offrent rien de remarquable.

Les deux humérus sont fracturés, le droit à sa partie moyenne, et le gauche en deux points, au-dessus du condyle et un peu au-dessous du col chirurgical.

Le cubitus droit présente une fracture ancienne consolidée à son extrémité supérieure et une fracture récente vers sa partie inférieure ; le gauche est le siège d'une fracture consolidée, à la réunion de son tiers inférieur avec le tiers moyen.

Les deux radius sont fracturés à leur partie moyenne. Les extrémités de ces os sont renflées, et l'avant-bras gauche présente une légère courbure à convexité postérieure. Les fémurs offrent une courbure prononcée à convexité antérieure et externe. Les tibias sont aplatis latéralement à leur partie moyenne, et ont une courbure très prononcée à convexité dirigée en avant et en dedans, puis leur extrémité inférieure tend à se dévier en dedans.

Les pieds sont dans l'extension forcée, inclinés en dedans, de telle sorte que leur face plantaire regarde en dedans.

Le fémur droit a deux fractures : l'une récente, l'autre en voie de consolidation. Le fémur gauche est fracturé en un seul point.

Les tibias et les péronés sont fracturés à leur extrémité inférieure à un centimètre environ au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne.

En résumé, ce fœtus présente quinze fractures, dont douze sont récentes, deux consolidées, et une en voie de consolidation.

Au niveau des fractures récentes, sang épanché et coagulé dans l'épaisseur des muscles, et surtout dans les interstices musculaires. Absence d'ecchymoses dans le tissu cellulaire sous-cutané. Périoste déchiré sur quelques points, mais non complètement rompu. — Toutes les fractures complètes.

Il est aisé de se rendre compte de la facilité de l'accouchement,

monsieur M. Notta, en réfléchissant à la mollesse de la tête du fœtus. Le col suffisamment dilaté et ramolli, de légères contractions utérines ont suffi pour engager dans l'excavation pelvienne la tête qui a dû s'allonger et sortir sans être arrêtée par la résistance du périnée et de l'anneau vulvaire.

Mais cette mollesse des os du crâne, si favorable pour la rapidité de l'accouchement, a été funeste au fœtus. La bosse sanguine, qui se forme si souvent dans le tissu cellulaire sus-épicrânien au niveau du point de la tête qui, répondant à l'orifice du col, s'engage le premier, cette bosse sanguine s'est produite ici, pour ainsi dire, dans le tissu cérébral lui-même. En effet, le cerveau n'étant plus protégé par une enveloppe osseuse suffisamment résistante, était comprimé de toutes parts par l'utérus. Un seul point échappait à cette compression, c'était celui qui répondait à l'orifice du col, l'occiput. Aussi y a-t-il eu engorgement, rupture des vaisseaux dans la portion occipitale du cerveau, et par suite, les lésions dont il a été parlé à l'occasion des centres nerveux. Le sang une fois épanché dans la cavité arachnoïdienne aura gagné consécutivement les parties les plus déclives, et aura rempli la cavité rachidienne.

Il est probable qu'on a eu affaire à une présentation du sommet.

La disposition des os de la tête est très-remarquable. On ne peut l'expliquer par un arrêt de développement, et ici il est évident qu'on ne peut lui appliquer aucune des lois d'ostéogénie connues. Faut-il admettre qu'il y ait eu résorption du tissu osseux déjà déformé? Sans doute la disposition régulière dans leur ensemble des plaques osseuses, les petites rugosités qui existent à la surface des points centraux des pariétaux viennent à l'appui de cette manière de voir; mais les faits de ce genre ont été si rarement observés, qu'il est encore difficile de se prononcer. Les fractures récentes ont été déterminées pendant le travail par les contractions utérines; l'état rachitique du sujet; et par suite la friabilité de ses os, expliquent leur production. Elles existent pour la plupart au niveau de la partie médiane des courbures, c'est-à-dire dans les points où les os sont le plus minces, et présentent le moins de résistance.

Quant aux fractures anciennes consolidées, quelle que soit la cause qui les ait produites, elle a dû être très-peu énergique; car

Il n'y a aucun déplacement. On ne peut ici mettre en doute l'existence de ces fractures anciennes, et attribuer l'apparence d'une réunion osseuse à une altération particulière du tissu osseux propre au rachitisme congénital, comme le pense M. Guersant (Dictionn. de Méd., tom. xvii, p. 168), à propos de ce fœtus rachitique sur lequel Chaussier avait trouvé 113 fractures consolidées, et dont il a donné la description. (Bull. de la Soc. et de la Fac. de Médecine, 1815), t. 4, p. 301).

M. Deville fait remarquer que toutes les petites jetées osseuses que l'on aperçoit sur la tête qui vient d'être décrite ne sont pas des points d'ossification. Les os devaient être formés avant le développement du rachitisme. Il y a eu absorption du tissu osseux. Tous les petits points osseux sont dans la direction que suivent les rayons d'ossification. Le pariétal ne se développe que par un seul point d'ossification.

M. Blondeau ne trouve pas que la direction des rayons osseux ait lieu dans le même sens. Ou dirait que le pariétal s'est ici formé par deux points d'ossification.

Péritonite tuberculeuse. — Matière tuberculeuse dans la cavité utérine. — Anasarque et anémie. — Empoisonnement par la digitale chez une femme de 79 ans.

Par M. VIALLET, interne des hôpitaux. (Mai 1846).

Anne-Julienne Renier, 79 ans, ancienne fileuse, entra à l'infirmerie de la Salpêtrière, salle St-Jean, n° 10, (service de M. Barth, remplacé par M. Fauvel), le 16 avril 1846. Elle était dans l'hospice depuis 1836.

Constitution faible; menstrues régulières de vingt à quarante-six ans. Santé altérée depuis vingt-trois ans seulement, plus mauvaise depuis six semaines. Impossibilité d'avoir des renseignements précis sur ce qui s'est passé pendant ce temps-là.

A son entrée, profond abattement; indice probable d'une affection déjà ancienne; peau sèche et froide; jambes très infiltrées; infiltration moindre des membres supérieurs, alternativement plus marquée de l'un ou de l'autre côté suivant le décubitus. Cette infiltration date de 8 jours. Epanchement peu abondant de liquide dans le péritoine. Pas d'œdème ailleurs qu'aux membres. Pouls faible, à 74. Rien de notable à l'auscultation. Rien actuellement du côté des glandes; mais il y a eu autrefois du dévoiement passager, à plusieurs reprises, avec de légères coliques. Mauvaises digestions depuis quelques semaines.

Le lendemain et le surlendemain, les jambes désenflent rapidement. Le pouls reste petit, dépressible et se ralentit; ce qui coïncide avec une extrême sensibilité au froid. Selles modérément abondantes, liquides, sereuses, sans coliques. Langue humide. Abdomen très peu sensible à la pression.

Les jours suivants, l'infiltration gagne les cuisses et la partie postérieure du tronc. Appétit passable. Pas de

dévoiement. Urines assez abondantes, denses, troubles, ~~grossières~~, laissant déposer un mucus extrêmement abondant et une poussière grise en apparence saline, mais dont la nature n'est pas positivement déterminée. Pas d'albumine. Pas de douleurs lombaires.

Quelques jours avant la mort, augmentation considérable de l'œdème des membres et des lombes, ainsi que de l'épanchement abdominal. L'appétit diminue; la faiblesse va croissant; le pouls devient très petit et très lent. Pas de douleurs de ventre ni de dévoiement.

Le 14 mai, cette femme but par mégarde vingt à vingt-cinq grammes de teinture de soie et de digitale (pour us. ext.). Elle expira tout à coup au bout de trois quarts d'heure, malgré des vomissements copieux provoqués un quart d'heure après l'accident. Elle avait répondu aux questions qu'on lui avait faites jusqu'au dernier moment, n'accusant qu'un malaise général et une gêne à la région épigastrique. Un quart d'heure après l'accident (et avant le vomissement), battements du cœur forts et accélérés. Le pouls, presque insensible depuis l'avant-veille, était aussi devenu plus vil, plus fréquent, mais sans résistance. Il y avait eu quelques envies de vomir spontanées, avant l'administration de l'ipécacuanha. Pupilles extrêmement dilatées, (elles l'étaient déjà beaucoup les jours précédents). Comme on avait été induit en erreur sur la quantité de poison ingéré, le moment de la mort ne fut pas prévu, et on ne dit pas si, à son approche, le pouls était redevenu plus lent et plus faible.

Autopsie, le 16 mai.

Cadavre infiltré dans toutes ses parties déclives.

Tête. Rien de notable.

Thorax. Quelques granulations tuberculeuses très petites dans la partie supérieure des deux poumons.

Abdomen. Dans la cavité du péritoine, on trouve pas

d'un litre de sérosité citrine. Cette membrane est grisâtre, dépolie, parsemée de plaques noirâtres. Sous le feuillet viscéral, font saillie bon nombre de granulations évidemment tuberculeuses. Dans l'estomac, une cuillerée de liquide grisâtre n'offrant rien de particulier. Une couche épaisse de mucus récent tapisse la muqueuse qui est pâle partout, excepté sur la grande courbure où se voit un piqueté rouge-brun. L'intestin grêle est ramassé en un peloton peu volumineux par des brides cellulo-tuberculeuses. Les ganglions mésentériques et lombaires ne sont plus qu'une agglomération de tubercules crus, volumineux comme dans le cerveau des enfants. Muqueuse de l'intestin grêle partout pâle non injectée. Dans son tiers inférieur seulement, se voient de loin en loin une douzaine d'ulcérations profondes taillées à pic, à contours irréguliers, quelques-unes serpiginieuses, d'autres ayant l'étendue d'une pièce de 50 centimes. Rate et foie de volume ordinaire, maîtres mous. Les reins volumineux, lourds et déformés présentent le même aspect que dans la maladie de Bright parvenue à la période de ratatinement. Leur surface offre une coloration jaune-chaos uniformément piquetée de brun. Leur coupe paraît compacte, vitreuse. Substance tubuleuse très brune; substance corticale d'un jaune pâle. Du bassin et des calices qui sont assez vivement injectés, on exprime une urine épaisse. Utérus presque aussi volumineux que le poing d'un adulte, fluctuant, distendu par une matière floconneuse presque liquide au centre, grumelleuse et d'autant plus consistante qu'on se rapproche davantage de la paroi. Col obitéré par une fausse membrane. De la paroi utérine on peut arracher, les couches externes sont pâles et denses, les internes sont brunes, très injectées, beaucoup plus denses encore. Ovaires cartilagineux à la surface. La trompe gauche ne présente rien de particulier; mais la droite a acquis le vo-

lume du doigt, distendue qu'elle est dans toute sa longueur, mais surtout vers son extrémité libre, par une matière molle, jaunâtre, grumelleuse, concrète de même nature que celle renfermée dans l'utérus avec la cavité duquel elle communique encore par un pertuis presque capillaire. Elle est oblitérée à l'origine du pavillon par un tissu résistant d'apparence fibreuse. La partie postérieure de ce pavillon adhère intimement au péritoine du ligament large, et son extrémité externe recourbée à une anse intestinale. Un kyste séreux gros comme une noisette occupe la concavité de l'extrémité externe de la trompe.

La veine porte et les gros vaisseaux qui alimentent les membres inférieurs sont entièrement libres au milieu de ces masses tuberculeuses, de sorte que leur rapport avec celles-ci ne peut nullement expliquer l'ascite et l'œdème des membres pelviens accompagné d'ailleurs de celui des membres supérieurs, sans qu'il y ait amas de tubercules dans la poitrine.

Remarques.—En laissant à part la complication accidentelle de l'empoisonnement, on trouve encore chez cette femme une péritonite tuberculeuse certaine et une maladie de Bright assez probable.

La péritonite chronique tuberculeuse, surtout avec une pareille abondance de produit anormal est extrêmement rare à la Salpêtrière, où le tubercule ne se montre guère plus qu'au sommet d'un poumon. Notons que ce dernier organe en présentait à peine des traces. L'absence de douleurs abdominales vives, n'est pas aussi extraordinaire qu'on pourrait le croire au premier abord, si on considère que dans la jeunesse, dans l'âge où la douleur naît facilement, on voit des sujets dont l'abdomen est farci de tubercules, ne se plaindre que de coliques sourdes, passagères, très supportables presque jusqu'au terme fatal. Sans l'accident qui est arrivé, cette femme serait probable-

ment morte tranquillement, peu à peu, par excès d'épuisement. L'absence de dévoiement prolongé (en supposant nos renseignements exacts) surprend moins aussi quand on se rappelle : 1° que l'intestin non enflammé était revenu sur lui-même à un degré extraordinaire, ce qui indiquait une longue abstinence ; 2° que les femmes âgées tuberculeuses (même celles qui ont des ulcérations dans l'intestin), ont une diarrhée moins abondante, moins continue surtout que celle des jeunes sujets ; 3° que la péritonite tuberculeuse, abstraction faite des ulcérations intestinales, est par elle-même une cause reconnue de constipation, ce qui s'explique naturellement par la gêne qu'elle apporte à l'exercice des fonctions de l'intestin. Enfin, il se peut, vu l'ancienneté des ulcérations, que la malade ait eu du dévoiement longtemps auparavant, et qu'elle ne se le soit pas rappelé dans nos salles.

La malade n'avait pas vomi avant le jour de sa mort ; mais il y avait eu des nausées, et le vomissement, comme tous les phénomènes qui exigent une grande manifestation nerveuse, se produit plus difficilement dans la vieillesse. Elle paraissait d'ailleurs présenter à cet égard, une idiosyncrasie négative, car elle n'a pas vomi spontanément avec une dose très forte de digitale dans l'estomac, et ceci a dû favoriser puissamment l'action du poison.

Les rapports de la matière tuberculeuse contenue dans l'utérus avec les parois du viscère vivement congestionnées dans leurs couches internes, indiquent qu'elle a été sécrétée par ces dernières. Ce qu'on observe du côté de la trompe droite, ces traces d'inflammation vive, les adhérences du pavillon au ligament large et au paquet intestinal montrent que la manifestation de la diathèse tuberculeuse dans l'utérus a été déterminée par une sorte de continuité de tissu établie préalablement entre la cavité utérine d'une part, l'intestin et le péritoine tuberculeux d'au-

tre part. L'oblitération des orifices explique la distension de l'organe.

Quant à une maladie de Bright chronique, son existence est ici fort soutenable, quoiqu'il n'y ait pas eu d'albuminurie, d'enflure au visage ni de douleurs lombaires bien caractérisées, pendant le peu de temps (eu égard à la durée d'une semblable affection), que la malade a passé dans nos salles. Il paraît, en effet, qu'elle se plaignait de ces douleurs avant d'y venir; de plus, il est à supposer que le visage avait été antérieurement infiltré, que les urines étaient albumineuses, et que nous n'avons assisté qu'à la période où l'albumine cesse assez souvent de se montrer dans ce liquide. La tuberculisation abdominale était d'ailleurs une autre source d'albuminurie; il serait donc étonnant qu'en dépit de ces deux causes, (la lésion des reins et la péritonite tuberculeuse), l'albumine eût manqué dans les urines. Le sang était extrêmement séreux et fluide, comme on le trouve après les grandes pertes d'albumine. De plus, l'infiltration des membres supérieurs et de la région lombaire milite en faveur de la maladie de Bright. Mais si on admet ici l'existence de cette dernière, elle est moins nettement dessinée que chez les adultes; les douleurs lombaires ont été obtuses; l'infiltration s'est distribuée et accrue sans régularité; enfin la manque d'albumine, s'il a réellement eu lieu, rend ce fait bien exceptionnel, vu la lésion des reins.

Cette lésion des reins est la principale raison qui me porte à rapprocher ce fait, si peu clair qu'il soit d'ailleurs, à plusieurs point de vue, de cinq autres bien plus positifs que nous avons observés à la Salpêtrière, où il y avait comme caractères communs : tuberculisation pulmonaire circonscrite, anasarque avec infiltration des lombes et du visage, douleurs lombaires, albuminurie, *ratatinement avec augmentation de volume et de poids, inégale d'un côté à*

l'autre des deux reins, et trois autopsies qu'on acceptera volontiers, je crois, comme exemples de maladies de Bright dans la vieillesse, coexistant avec une tuberculisation limitée.

La surface du rein dépouillé de sa capsule ; celle des différentes coupes pratiquées dans son épaisseur, ressemblaient beaucoup aux mêmes surfaces des reins qui ont simplement subi le ratatinement sénile ; mais il y avait de plus, à ne prendre que les lésions anatomiques, l'augmentation de volume, celle de poids, et la déformation. Ces reins avaient-ils passé exactement par les degrés d'altération antérieurement décrits par les auteurs dans la maladie de Bright chez les adultes ? C'est ce qu'il est difficile de dire. Chez plusieurs enfants tuberculeux, infiltrés, qui s'étaient plaints des lombes et avaient rendu des urines albumineuses, j'ai retrouvé le même état des reins, un aspect identique de leur tissu, et ~~jamais les lésions des périodes qui précèdent le ratatinement.~~

Je crois donc que dans l'enfance ~~comme dans la vieillesse~~, il existe, seulement peut-être chez les tuberculeux, une variété de maladie de Bright qu'on ne trouve exprimée anatomiquement que par le ratatinement terminal qu'offrent les reins dans cette maladie considérée chez l'adulte.

Si on rapproche ceci de ce qui a lieu dans l'âge moyen de la vie, où si souvent coexistent la maladie de Bright et la phthisie pulmonaire, on se sent porté à penser qu'il existe un lien autrement direct qu'on se l'imagine généralement entre l'affection tuberculeuse et cette collection de symptômes réunis sous le titre de maladie de Bright.

Du reste, le symptôme albuminurie a besoin d'être encore beaucoup étudié, puisqu'il paraît exister dans des

cas si divers de maladie de Bright simple, de tuberculisation avec altérations des reins, de tuberculisation pulmonaire sans altérations des reins, et peut-être dans d'autres maladies encore.

Ont été nommés membres *adjoints* :

MM.

BOULLARD,
CHARCOT,
NARBONNE,

} (16 mars).

Ont été nommés membres *correspondants* :

MM.

BERNARD, (2 mars).
BÉRAUD, (23 mars).

La société a perdu, dans le cours du mois de mars, quatre de ses membres :

MM.

BIDAU, membre adjoint.

BOUDET,
BOURCERET,
DÉSIR,

} (memb. corresp.)

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

XXIV^e ANNÉE.

BULLETIN No 4. (Avril 1849).

RÉDIGÉ

PAR MM. BARTH, BOUTEILLER, BROCA, CAUDMONT, CRUVEILHIER, DEVILLE, DUCLOS, HOUEL, POUMET, RICHARD, THIBAUT, et MAILLIOT, SECRÉTAIRE.

SOMMAIRE.

A.—Extrait des procès-verbaux des séances de la société.

6 Avril.—1. Description anatomique d'un intestin grêle, provenant d'un homme mort du choléra. Discussion:—2. Atrophie des organes génitaux chez un adulte.

13 Avril.—3. Mal vertébral de Pott. Discussion.—4. Nécrose du maxillaire inférieur.

20 Avril.—5. Grossesse commençante probable; vésicule pédiculée dans l'intérieur de la cavité utérine. Corps jaunes ovariens et épanchements sanguins dans les vésicules de Graaf. Dilatation, injection vive des trompes et hypertrophie de la muqueuse tubaire. Hypertrophie utérine; état de la muqueuse. Discussion.
6. Phlegmon diffus de la jambe.

27 Avril.—7. Maladie de Pott, siégeant à la région cervicale.—8. Cancer de la verge, semblable au cancer épithélial de la lèvre inférieure.—9. Anomalie du péritoine et oblitération complète du tube digestif, au niveau de la dernière moitié de l'iléon.—10. Intestin grêle logé dans l'écartement des deux feuilletts du méso-colon transverse.

B. Perforation de la cloison du cœur, avec rétrécissement de l'orifice de l'artère pulmonaire. (Observation et rapport.)

C. Caillot dans l'intérieur de l'artère aorte perforée par une tumeur tuberculeuse externe. Oblitération de deux artères et gangrène consécutive.

D. Gangrène spontanée de toute la jambe gauche.

*Extrait des procès-verbaux des séances de la Société
anatomique.*

Présidence de M. Gravelhier.

1. — M. Bouteiller apporte l'intestin grêle d'un homme mort du choléra, à la Pitié, après un séjour de douze heures, dans le service de M. Piorry.

On voit dans la dernière partie de cet intestin une éruption psorentérique très-marquée. Ce sont de petits corps blancs, opaques, comme semés sur la muqueuse, et contenant une matière assez semblable à la matière cholérique du tube digestif, semblable aussi à du mucus épais.

M. Bouteiller pense qu'il s'agit ici d'une altération spéciale des follicules isolés qui se trouvent dans cette région, altération des follicules qui sont malades dans la fièvre typhoïde, mais d'une manière différente. Il se fonde sur les raisons suivantes : les plaques de Peyer chez cet homme sont boursoufflées, blanches, d'une couleur opaque, semblables à celles de chaque point psorentérique. En un mot, chaque plaque offre absolument l'aspect qu'on se figure en supposant accolés un grand nombre de points psorentériques. Aucune de ces plaques n'est altérée comme dans la fièvre typhoïde. D'un autre côté, quand les plaques de Peyer sont malades, les follicules isolés de la région le sont aussi. Cependant sur cet intestin, si on ne rapporte pas ces follicules à l'éruption psorentérique, il faut, comme on ne les voit pas à l'œil nu, admettre qu'ils ne sont pas dans un état pathologique.

M. Houel ne pense pas que l'éruption présentée par M. Bouteiller puisse être comparée à celle de la fièvre typhoïde.

Suivant M. Blot, la matière contenue dans l'éruption paraît être d'une nature spéciale; mais il resterait à M. Houel à démontrer que ce qu'a fait voir M. Bouteiller ne soit pas des plaques de Peyer.

M. Houel montre alors l'intestin de l'arrêteur qui a succombé en peu d'heures à l'Hôtel-de-Ville, aux suites du choléra. L'éruption est dans tout l'intestin exorbitamment considérable; elle était beaucoup plus volumineuse sur la pièce fraîche qu'elle ne l'est aujourd'hui.

Donc M. Richard, la différence de dimension de l'éruption n'implique pas nécessairement une différence de nature. Les plaques ne sont pas aussi marquées après une certaine durée de la maladie. Il faudrait démontrer d'ailleurs que ces plaques ne sont pas des glandes isolées. Dans les cas de fièvre typhoïde foudroyante, les plaques sont beaucoup plus fortes que dans ceux qui ont marché lentement.

— 2. M. Broca a rencontré dans les pavillons le cadavre d'un individu âgé de cinquante à cinquante-cinq ans, sans barbe, à testicules très-petits, si bien qu'il semblait qu'il n'en existait pas dans les bourses. L'épididyme, plus court qu'à l'état normal, était deux fois plus volumineux que le testicule. On n'a pas rencontré de cadavres d'animalcules spermatiques. Le canal déferent était très-petit; l'artère spermatique avait le volume ordinaire. Les vésicules séminales, assez petites, avaient la moitié de leur longueur et de leur largeur ordinaires. Quant à la prostate, c'était une masse fibreuse, toute petite, dans laquelle on ne reconnaissait plus la structure glanduleuse. Elle était considérablement atrophique. La verge était toute petite; le canal de l'urètre n'était pas volumineux. Les corps caverneux étaient atrophiques, et les ischio-caverneux très-grêles. Les bulbes caverneux étaient proportionnellement moins grêles. La glande de Cowper, presque fibreuse et toute petite, était moins atrophique que la prostate.

Le larynx avait neuf lignes de longueur, au lieu de onze. Ses dimensions étaient donc à peu près celles du larynx de la femme.

Le corps thyroïde était plus développé que chez les femmes.

On n'a rien trouvé dans les autres organes. M. Broca regrette de n'avoir pu examiner le cerveau qu'on avait enlevé.

M. Richard désirerait savoir de quel pays était l'individu de qui provenaient ces pièces anatomiques. Une réponse positive à cet égard ne serait pas sans intérêt. M. Broca ne saurait rien dire sur ce point.

M. Richard demande encore si on a recherché la corrélation qu'il pourrait y avoir entre le volume du corps thyroïde et celui des autres organes.

On n'a pas noté cette corrélation, répond M. Richard. Dans la pré-

mière jeunesse, dit-il, cette glande est plus développée qu'elle le sera plus tard. Elle s'atrophie donc par les progrès de l'âge.

Il faut remarquer, ajoute M. Broca, que la voix devient aigre et grêle après l'ablation des testicules.

Est-il bien vrai, demande M. Blot, qu'un adulte à voix d'homme perde cette voix quand on lui a enlevé les testicules?

Lorsque, répond M. Broca, les individus qui subissent cette opération, ont dépassé l'âge de vingt ans, le timbre de la voix change; mais ce n'est pas celle de soprano. Elle devient aigre sans ressembler à celle de la femme. Au contraire, les individus châtrés de bonne heure conservent la voix de soprano:

L'individu qui fait le sujet de cette présentation, dit en terminant M. Broca, est mort à la suite du choléra. Il avait plus d'embonpoint que de coutume; mais le développement du tissu graisseux dans la région mammaire n'était pas plus considérable que dans les autres régions.

3. — M. Lemaître fait voir deux pièces d'anatomie provenant l'une et l'autre d'une jeune fille âgée de huit ans, morte, le 7 avril, à l'hôpital des Enfants, où elle était entrée le 20 novembre 1848. D'une constitution lymphatique, elle avait été prise de claudication depuis six mois à peine. Des douleurs qu'elle accusa dès-lors dans le dos provoquèrent un examen de cette partie, et l'on découvrit entre les omoplates une gibbosité autour de laquelle on appliqua des cautères, en même temps qu'on fit prendre de l'huile de foie de morue à l'intérieur.

Cette médication ne guérit pas; car on constata, à la première visite faite à l'hôpital, une paraplégie incomplète. En effet, la malade mouvait encore les membres inférieurs lorsqu'elle était couchée; mais elle ne pouvait se mettre debout sans s'affaisser sur elle-même. La peau avait perdu de sa sensibilité. Les selles et les urines étaient volontaires.

La gibbosité dont il vient d'être parlé existait au niveau des quatrième, cinquième et sixième vertèbres dorsales; elle avait une forme arrondie, et n'était accompagnée d'aucune douleur à la pression.

On prescrivit un gramme d'iodure de potassium; on applica

quatre nouveaux cautères, et plus tard quatre pointes de feu.

Les symptômes ne s'aggravèrent pas moins. Les mouvements des jambes ne se faisaient plus que lorsqu'on pinçait fortement la malade. La vessie se paralysa; mais les fonctions digestives demeurant normales, il n'y avait pas de dépérissement.

C'est à ce moment (5 janvier 1849), que l'on fit prendre de la strychnine à la dose de 1 centigramme matin et soir.

Il y avait demi heure à peine que la première dose de strychnine avait été donnée que la malade éprouvait de l'engourdissement dans les cuisses, et de temps à autre des soubresauts des membres inférieurs. Ces phénomènes durèrent trois heures, et furent accompagnés de grincements de dents.

Le lendemain même traitement, mêmes symptômes augmentés d'une douleur si violente au niveau du mamelon droit qu'elle arrache des pleurs à la malade.

On apprend qu'une douleur analogue a existé déjà dans d'autres temps.

Le 7, les accidents de la veille ne reparaissent pas, bien qu'on ait persisté dans la médication.

Le 8, on double la dose de la strychnine, sans qu'elle soit suivie d'aucun effet.

Le 9, même médication, mêmes symptômes qu'au début de l'administration de la strychnine, mais beaucoup plus intenses.

On s'informe auprès du pharmacien s'il a exécuté fidèlement la prescription; il répond qu'il n'a pas bien dosé les paquets.

On insiste sur le même traitement pendant quelques jours; on élève la dose de la strychnine jusqu'à 6 centigrammes, et la malade y devient insensible.

Mais on la discontinue, parce qu'il n'est survenu aucune amélioration dans la paraplégie.

Pourtant cette amélioration paraît se faire remarquer quinze jours environ après la cessation de la strychnine. Les membres inférieurs se remuent sous l'influence de la volonté; la malade peut les fléchir sur le bassin; les urines cessent d'être involontaires.

On croit pouvoir attribuer ce résultat tardif à la strychnine; on l'administre de nouveau (30 mars); on en élève insensiblement la dose de 2 à 4 centigrammes, puis à 6, à 8 enfin.

Alors se manifestent quelques commotions dans les membres, de la raideur dans les membres, le retour du point de côté.

Il survient quelques convulsions tétaniques qui durent quelques minutes ; la malade pousse des cris, se plaint d'une constriction à la gorge, et meurt enfin.

A l'autopsie, faite trente-six heures après la mort, on constate les désordres suivants : la colonne vertébrale une fois ouverte dans toute son étendue se pte en deux, au niveau de la gibbosité, comme si elle n'avait plus aucun moyen d'union sur ce point. La dure-mère rachidienne est entourée, au niveau de la gibbosité, d'un lacis vasculaire qui comprime réellement la moelle. Point de sérosité anormale dans l'arachnoïde. La moelle épinière au niveau des vaisseaux développés autour de la dure-mère présente un calibre moindre que dans tout le reste de son étendue. Coupée en ce point, elle est légèrement rosée et évidemment ramollie, ce qu'un fillet d'eau fait constater facilement. Cette portion de la moelle n'est séparée que par la dure-mère d'un large foyer tuberculeux, existant à la place des 4^e et 5^e vertèbres dorsales. Ce foyer très prononcé dans la cavité thoracique est de nature tuberculeuse. On trouve çà et là dans les vertèbres voisines quelques tubercules enkystés, du volume d'un pois tout au plus. Enfin, les deux vertèbres qui sont directement en rapport avec le grand foyer au milieu duquel elles plongent, paraissent atteintes de l'infiltration tuberculeuse. Le corps de la cinquième vertèbre et les fibro-cartilages qui l'avoisinent ont totalement disparu. Ceux de la quatrième et de la sixième ne sont détruits qu'en partie.

Cette peste de substance explique facilement la mobilité de la colonne vertébrale à l'ouverture du canal rachidien.

La rate est criblée de tubercules à l'état miliaire. Il en existe aussi sous le péritoine qui recouvre le diaphragme à son niveau.

L'estomac, le gros intestin et une grande partie du petit sont considérablement distendus par des gaz ; leur membrane muqueuse n'offre aucune trace d'injection ; les follicules du gros intestin sont plus développés qu'à l'état normal, et la muqueuse du grand estomac de l'estomac est presque détruite.

Le bassin et les reins ne présentent rien de particulier, le foie est un peu décoloré.

Discussion. M. Blot fait observer à cette occasion que cette observation n'est pas d'accord avec la loi posée par M. Louis, savoir : que l'on trouve des tubercules dans les poumons toutes les fois qu'il en existe ailleurs. Une pareille remarque a été déjà faite dans une des précédentes séances.

Après l'exposé que vient de faire M. Lemaistre, M. Maillot ne peut se défendre de certaines réflexions qui lui sont suggérées tant par les détails de l'observation que par la lésion anatomique qu'a révélée l'ouverture du cadavre. Sans doute il y avait de la gravité dans les symptômes éprouvés par la jeune malade, surtout quand on rapprochait ces symptômes des désordres qui étaient survenus dans la moelle épinière, par suite de l'altération profonde qu'avaient subie certaines vertèbres dorsales ; mais cette altération, dont la percussion aurait si bien révélé l'étendue, n'était-elle pas une contre-indication ? Il n'y avait pas lieu, dans le cas particulier, de recourir à une médication dont le moindre inconvénient eût été de ne produire aucun résultat satisfaisant. C'était ici le cas, encore une fois ou jamais, de demander à la percussion des renseignements qu'elle aurait donnés sans aucun doute sur l'état organique présenté par M. Lemaistre. Ce moyen d'exploration n'aurait pas indiqué la nature du mal ; mais il aurait appris qu'une tumeur existait, et le raisonnement aurait suffi pour dissuader M. Guersant de l'emploi d'un médicament dangereux. Est-ce au désordre des mouvements qu'on s'adresse ? Est-ce à la faiblesse, à la résolution ou à la raideur musculaires ? Non sans doute ; car il faut avoir la conviction que les lésions matérielles qui ont déterminé ces symptômes ont complètement disparu.

On a bien conseillé la strychnine lorsque des paraplégies persistaient après la guérison de la myélite, du mal de Pott, etc. Mais on doit se garder d'y avoir recours lorsque la lésion organique est à côté du symptôme. Témoin l'observation que M. Cruveilhier nous a communiquée dans une des précédentes séances (12 janvier). On administra la strychnine pour combattre une hémiplégie. L'un des bras était, avant l'emploi de ce remède, dans une résolution complète ; l'avant-bras et les doigts devinrent le siège d'une contraction forcée. Cette contraction cessait à mesure qu'on s'éloignait du trai-

404
tément, lorsque survinrent des convulsions dans le côté droit paralysé.

Quelle cause avait produit les premiers symptômes? Une hémorragie nouvelle; car on trouva du sang renfermé dans la couche optique et dans la protubérance.

En présence de ce fait, que pouvait la strychnine? Aggraver le mal et rien de plus. C'est là justement ce qu'elle fit. Que pouvait-elle dans le cas de M. Guersant? Pas autre chose. L'inocuité des premières doses ne suffisait pas pour légitimer une deuxième administration du médicament. S'est-on arrêté, en effet, à la vue des symptômes toxiques observés au début du traitement? Au contraire, on a tous les jours augmenté la dose de la strychnine, et les troubles nerveux ont suivi la même progression, jusqu'à ce qu'enfin la vie qui restait a été vaincue, sinon par la maladie qui dans tous les cas était au-dessus des ressources de l'art, au moins par le remède.

M. Blot demande au présentateur à quelle cause M. Guersant a cru devoir attribuer les accidents funestes et la mort qui sont survenus.

M. Lemaistre répond qu'on les a rattachés à un défaut d'hématose, qui serait arrivé subitement par l'effet de la compression de la moelle déterminée à l'occasion d'un mouvement brusque de la jeune malade.

M. Blot se fait donner alors la description anatomique des poumons, et il conclut de cette description que la mort peut être imputée avec plus de raison à l'administration de la strychnine.

M. Gubler partage l'opinion de MM. Blot et Mailliot. On ne peut penser autrement quand on a lu les détails donnés par MM. Trousseau et Pidoux dans leur article sur la noix vomique. (Excitants du système musculaire, t. 4, p. 511 et suiv. Paris, 1836. *Traité de thérapeutique et de matière médicale*, par Trousseau et Pidoux).

4. La deuxième pièce d'anatomie présentée par M. Lemaistre consiste dans une *nécrose* du maxillaire inférieur. On avait observé d'abord une ulcération de la membrane muqueuse buccale dans l'espace compris entre la canine et la troisième molaire gauche. On voit dans cet espace un séquestre enveloppant de toutes parts une dent molaire à la période d'évolution, avec son bulbe frappé de mort. La partie correspondante de la mâchoire est hypertrophiée;

son aspect est rougeâtre et ses vaisseaux plus développés. La troisième molaire est vacillante, et n'aurait pas tardé à tomber. En arrière de celle-ci existe une dent qui a déjà percé l'alvéole.

5. — M. Deville met sous les yeux de la Société un utérus et ses annexes, qu'il décrit sous les titres suivants :

Grossesse commençante probable; vésicule pédiculée dans l'intérieur de la cavité utérine.

Corps jaunes ovariens et épanchements sanguins dans les vésicules de Graaf.

Dilatation, injection vive des trompes et hypertrophie de la muqueuse tubaire.

Hypertrophie utérine; état de la muqueuse.

Comme les détails donnés par M. Deville sont très minutieux et d'une grande importance, nous laisserons parler le présentateur lui-même :

« Un corps de femme servait à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, pour des répétitions de manœuvres opératoires, lorsqu'une pression faite sur les seins a fait sortir par le mamelon un liquide blanc jaunâtre, sale, très-séreux, qui a attiré mon attention sur les mamelles, et par suite sur les organes génitaux.

Ce corps était celui d'une femme d'une taille au-dessus de la moyenne, d'un embonpoint assez notable, forte et assez bien faite, paraissant âgée d'environ vingt-cinq ans, morte d'une maladie brusque, qui ne l'avait nullement maigrie, et qui paraissait, d'après de nombreux indices, avoir été le choléra. Il est certain que peu de jours avant sa mort, cette femme jouissait d'une parfaite santé.

Les seins volumineux, assez arrondis, commençant à pendre légèrement en bas et en dehors présentent un mamelon et une aréole très-chagrinés, d'une teinte brune, demi-foncée, sans tubercules saillants. Les lobules glanduleux, entourés dans leur ensemble par une couche épaisse de graisse, sont développés et d'un blanc vif. Une pression médiocre fait suinter par les orifices du mamelon un liquide lentement séreux, et par moment comme des filaments d'une pâte blanchâtre, épaisse, qui annoncent que pendant la vie, les mamelles étaient prêtes à fonctionner pour la sécrétion lactée.

Les parois abdominales sont souples, mais assez fermes. La peau est normale; cependant un peu au-dessus des aines de chaque côté, elle présente des traces d'éraillures assez notables; de telle sorte qu'en tenant compte du développement des seins, ainsi que de la teinte et de l'aspect chagriné de l'aurole et du mamelon, et en rapprochant ces particularités de celles que l'on remarque sur la peau de l'abdomen et sur les organes génitaux, il y a tout lieu de présumer que la femme de laquelle provient le corps, a déjà été enceinte antérieurement, et a accouché, mais à une époque assez éloignée.

La face interne des grandes lèvres, les petites lèvres et l'entrée du vagin ont une teinte violacée foncée, bien autrement intense et moins bleue que la légère teinte de la peau des extrémités, qui est un des signes d'après lesquels on pourrait présumer, que la femme est morte du choléra. La vulve est très-large, mais normale dans tous ses détails, à part la teinte signifiée. Il ne s'en écoule, non plus que du vagin, aucun liquide ni séveux, ni sanguin, ni purulent.

Le vagin est large, sec, et aussi d'une teinte violacée moins intense toutefois que celle de la vulve.

Organes génito-internes.

Les ovaires ont, dans leur ensemble l'aspect d'organes bien développés, turgescents, d'une femme qui est dans la plénitude de ses fonctions. Le ligament qui les supporte est très court, et semble avoir été attiré, confondu dans l'utérus par le fait du développement de ce dernier organe. La structure musculaire est évidente et dans les ligaments et dans les couches interstitielles des ovaires.

L'ovaire droit, épais, a cinq centimètres de long sur près de 3 centimètres de haut, ce qui constitue un développement considérable, et se trouve dû en partie à la présence d'un volumineux corps jaune récent, placé juste au milieu de la face postérieure, un peu plus près du bord supérieur que de l'inférieur. Ce corps jaune s'annonce au dehors par sa saillie, par un épaississement et un froissement notable de l'enveloppe ovarique au centre de sa partie la plus saillante, et aussi par une teinte jaune-rouge qu'on aperçoit dans ce même point, jusqu'à sa surface. Si l'on incise ce corps jaune, on trouve dans son intérieur une cavité sphérique, ou plutôt un peu ovale, d'un centimètre et demi environ, et assez nette,

de diamètre, à moitié remplie par de la fibrine grise transparente, à peine un peu rougeâtre, et fortement abreuvée, infiltrée d'un liquide séreux, qui remplit l'autre moitié de la cavité non occupée par la fibrine; le produit de la coagulation fibrineuse tapisse la totalité de la paroi du corps jaune, sous forme d'une couche très mince, par en bas, d'un millimètre d'épaisseur à peine, mais très épaisse, de six à sept millimètres vers la paroi supérieure; c'est dans l'intérieur de cette fibrine, tapissant inégalement les parois, que se trouve un intervalle rempli par de la sérosité légèrement sanguinolente. La paroi même du corps jaune est constituée par une lame de tissu d'un jaune assez vif et assez foncé, d'un millimètre environ d'épaisseur, solide, mais d'une consistance assez molle, assez friable; cette lame, continue dans tout le pourtour, paraît être plus grande qu'il ne le faut pour le lieu dans lequel elle est contenue, ou si on l'aime mieux, pourrait, si elle était complètement développée, circonscrivre une cavité bien plus grande; aussi est-elle plissée sur elle-même çà et là, et forme-t-elle vers l'intérieur de la cavité des plis, comme de petites circonvolutions saillantes. Le corps jaune est très facile à enlever de toutes les parties voisines, sauf vers le centre de sa portion la plus saillante au dehors, où il adhère fortement à la partie correspondante transverse des enveloppes qu'il soulève.

Tout le tissu de l'ovaire est turgescant, d'une couleur rougeâtre, due à une infiltration séro-sanguine assez considérable. Il est parsemé d'un très-grand nombre de vésicules de Graaf, en général très-développées, dont plusieurs sont complètement remplies par un caillot récent de sang noirâtre; plusieurs autres contiennent non pas de sang, mais un liquide sanguinolent rougeâtre, au milieu duquel on arrive cependant à retrouver les corps intacts, entourés de leurs granules enveloppants.

La surface de l'ovaire est un peu chagrinée çà et là de quelques cicatrices anciennes; l'ensemble en est encore assez lisse, assez régulier. Sur la surface se voient des saillies arrondies et lisses, une jaune-serin, correspondant au corps jaune, d'autres, d'un blanc noirâtre, correspondant aux vésicules remplies par des caillots sanguins, les autres saillant, comme tout le reste de la surface, la couleur grise semi-opaque habituelle de l'ovaire. Tous ces corps

Le saïlle du corps jaune, dans un cercle irrégulier de 2 centimètres environ de diamètre, se détache de la surface de l'ovaire, comme un mamelon pseudo-membraneux, transparent, assez résistant, ayant l'apparence d'une membrane séreuse ordinaire, à deux extrémités dont l'une, adhérente par tout son pourtour, à la surface ovarique; l'autre ouverture devait adhérer aussi à quelque organe voisin; mais je n'y ai pas pris garde, et sur la pièce actuelle, elle paraît déchiquetée, irrégulière, déchirée sur ses bords.

Dé l'examen de cet ovaire seul, on peut tirer les conclusions suivantes :

1° Il n'y avait pas long-temps, lors de la mort de cette femme, qu'une vésicule de Graaf de l'ovaire droit s'était rompue pour donner passage à un œuf;

2° On peut fixer à une dizaine de jours environ avant la mort, l'époque de cette rupture; il y a bien ce temps là, puisque le sang épanché a été en partie résorbé; et que la fibrine restant encore est décolorée; mais il n'y a guère plus; car la sérosité contenue et une partie de la fibrine si molle auraient été à coup sûr résorbées. L'étude du manchon pseudo-membraneux extérieur à l'ovaire tout autour du corps jaune, dénote aussi à peu près la même époque.

3° A quelle cause faut-il rapporter les épanchements sanguins dans l'intérieur des vésicules de Graaf? Il paraît peu probable que ce soient des conséquences de la rupture normale de la vésicule que nous révèle le corps jaune signalé. Serait-ce une conséquence du choléra? Je ne l'ai pas observé dans d'autres cas positifs de cette maladie. Serait-ce plutôt un effet combiné et de la congestion cholérique et de la turgescence produite par la rupture d'une vésicule et la formation du corps jaune? C'est l'opinion la moins improbable à mon sens, quoiqu'elle ne soit pas encore suffisamment justifiée. Quoi qu'il en soit, ces épanchements ne sont pas relatifs à des ruptures de vésicules, car les parois des vésicules lisses sont saines, aussi minces, aussi tranchantes que d'habitude, sauf que le contact continue avec le cailliot noir qui les remplit, leur a donné une teinte rouge-noirâtre.

L'ovaire gauche présente, à peu de chose près, les mêmes particularités que l'ovaire droit, quoiqu'il y ait des différences assez notables. Ainsi l'organe est notablement moins volumineux, ce qui se

comprend, parce qu'il ne renferme pas un corps jaune récent, et développé comme celui du côté droit. Presque sur le milieu de la face postérieure, un peu plus près de l'extrémité interne que de l'externe, il y a aussi un corps jaune, mais petit, ancien, affaissé. Ce corps jaune de l'ovaire gauche s'annonce à l'extérieur par une légère saillie convexe, dont le centre est marqué par un froncement cicatriciel d'une teinte un peu ardoisée; si on le fend par le milieu, on constate que ce corps jaune, de 3 à 4 millimètres seulement de diamètre, est constitué par une lame jaunâtre, beaucoup plus épaisse et plus consistante que celle du corps jaune droit, plissée aussi sur elle-même, et circonscrivant une petite cavité d'un millimètre à peine, affaissée sur elle-même, et qui paraissait ne contenir rien qu'un petit peu de liquide séro-sanguinolent au moment de l'ouverture; la teinte de cette lame, d'un jaune sale à la surface, est d'un rouge-brun vers l'intérieur; cette lame peut être séparée par une simple traction du tissu de l'ovaire qui l'environne, sauf vers le point culminant où elle adhère au froncement cicatriciel de la surface de l'organe.

La plupart des réflexions que suggère l'examen de l'ovaire droit trouvent très bien leur place ici, sauf pour le corps jaune dont la disposition permet de tirer une conclusion spéciale. Je possède une pièce anatomique trouvée par M. Th. Roussel à l'hôpital de la Charité, et citée par M. Cruveilhier dans son *Traité d'Anatomie descriptive*; cette pièce provenait d'une jeune fille morte après avoir été réglée neuf fois; l'un des ovaires présente cinq cicatrices seulement, et l'autre quatre. De là l'idée mise en avant par M. Roussel, et confirmée par quelques autres faits, que la menstruation est due alternativement à la rupture d'une vésicule de Graaf sur un ovaire et le mois suivant à la rupture d'une vésicule sur l'autre ovaire. La pièce actuelle vient à l'appui de cette manière de voir. Le corps jaune de l'ovaire droit est récent, comme nous l'avons vu, et date de huit à dix jours. Celui de l'ovaire gauche, au contraire, est plus ancien, et date d'au moins un mois. Ne paraît-il pas évident que ce dernier correspond à la rupture de l'avant-dernière menstruation?

L'examen des *trompes utérines* devenait très-important, et l'on doit comprendre que j'aie dû les observer avec le soin le plus minutieux. Je ne puis mettre sous vos yeux que la disposition de ces

trompes ouvertes, mais je vais exposer ce que j'ai observé pendant que j'en pratiquais l'ouverture.

A l'extérieur, les deux trompes paraissaient volumineuses et cylindriques, comme si elles avaient été remplies par un liquide qu'on y avait injecté. La trompe droite était plus volumineuse que la trompe gauche. Les pavillons, avec leurs languettes bien saines, étaient larges et libres. Je n'ai pu constater si le sac pseudo-membraneux décrit sur l'ovaire droit autour du corps jaune venait ou ne venait pas rejoindre la trompe droite. J'ai placé avec soin et successivement chaque trompe sur une plaque de liège bien unie, et j'ai incisé peu à peu la paroi supérieure, avec les plus grandes précautions, au moyen de ciseaux pointus et très fins, ce qui n'a offert aucune difficulté, vu la largeur du calibre des deux trompes. J'ai été ainsi à l'extérieur la surface interne de chacune d'elles. Leur cavité était remplie également pour toutes d'eux, mais en plus grande abondance du côté droit, par un liquide blanc, épais, mais non muqueux, tout à fait identique au liquide des fleurs blanches, que l'on observe si souvent à l'entrée des organes génitaux. Quelques gouttes de ce liquide, mises sous le microscope, m'ont offert beaucoup de granulations élémentaires, et beaucoup de globules irréguliers, que je comparerai volontiers à ceux du pus, si n'était leur irrégularité, absolument ce que l'on observe dans le liquide des fleurs blanches.

Ce qui m'intéressait le plus vivement dans l'examen du liquide était la recherche d'un œuf. Avant de procéder à cette recherche, et malgré la connaissance que je puis avoir de l'œuf humain, je me suis exercé sur des vésicules de Graaf, et sur une dizaine j'ai bien trouvé l'œuf, que je me suis bien habitué à voir sous toutes ses formes, sous le microscope, sous une forte loupe, etc.... Aussitôt après cette nouvelle expérience acquise, et sans désespérer, j'ai examiné dans toute l'étendue de la trompe droite surtout, au moyen d'une forte loupe promenée sur tous les points sans toucher au liquide d'abord, et puis en l'étalant avec soin en couches minces. Il m'a été impossible de rien retrouver d'analogue à l'œuf humain, et je crois pouvoir affirmer que dans la trompe droite, surtout, que j'ai examinée avec toute l'exactitude possible, l'œuf

(s'il y avait passé) n'y était positivement pas au moment de l'examen.

Quant aux parois des trompes, on voit bien encore maintenant l'aspect qu'elles avaient au moment de l'ouverture. Le calibre de la cavité est très grand, même à l'embouchure dans la cavité utérine, où son diamètre, un peu plus petit pour la trompe gauche, a bien un millimètre pour la trompe droite. La muqueuse des trompes est vivement injectée, d'un rouge intense général au milieu duquel on distingue très bien de nombreuses arborisations vasculaires plus marquées : outre cette injection, la muqueuse est fortement hypertrophiée, épaissie, à tel point qu'elle a dû se soulever, se plisser sur elle-même ; les plis analogues à ceux que l'on observe sur la muqueuse gastrique dans les cas d'inflammation, sont un peu sinueux, mais à part cela à peu près longitudinaux ; ils sont persistants, même sous une traction transversale assez forte, qui ne réussit pas à les effacer tout à fait. La muqueuse, dans sa totalité, est souple d'ailleurs, sans traces de ramollissement, et sans induration ni aucune trace de dépôts plastiques.

Les ligaments larges, très courts en travers par la même cause qui a amené le raccourcissement du ligament de l'ovaire, c'est-à-dire par l'hypertrophie utérine, sont d'ailleurs sains, et n'offrent à noter que quelques arborisations vasculaires sous-péritonéales. Sur les surfaces péritonéales, on observe quelques petits filaments pseudo-membraneux tout-à-fait transparents et flottants dans la cavité péritonéale, sans adhérence avec les organes voisins.

Au premier aspect, l'utérus paraît extrêmement volumineux. En effet, il a près de neuf centimètres en hauteur, et sept centimètres de plus grande largeur transversale. Il est souple d'ailleurs, sans ramollissement ni indurations, et la structure musculaire y est des plus évidentes.

Le péritoine qui enveloppe l'utérus est sain, parcouru de quelques arborisations vasculaires peu nombreuses. Sur la face postérieure seulement on remarque vers le côté droit des pseudo-membranes minces et flottantes ; c'était peut-être là qu'adhérait le manchon pseudo-membraneux décrit à propos de l'ovaire droit.

La teinte générale de l'utérus est assez foncée, et lorsqu'on l'a mis

la, paroi, il s'écoule une grande quantité de sang noir et visqueux par les orifices coupés des veines qui sont larges et très-dilatées, mais saines dans leurs parois.

Le col utérin est dans les mêmes conditions que l'utérus, c'est-à-dire qu'il est sain et un peu développé, sans traces de rougeurs ni d'ulcérations. L'ouverture en est large, sous forme d'une fente allongée à bords lisses et un peu froncés, courbe, à concavité regardant en arrière, formant un arc dont la corde a près de deux centimètres. Ceci vient confirmer l'idée émise plus haut, que cette femme aurait déjà eu une grossesse antérieure.

L'épaisseur de la couche musculaire de l'utérus est un peu variable, plus marquée vers le fond que vers le col, et, terme moyen, d'un centimètre et demi.

La cavité utérine est complètement vide, et communique librement par en bas avec le vagin par la cavité du col, et par en haut, sur les côtés, avec les cavités tubaires. Il est assez singulier, malgré ces communications, et malgré la dilatation notable des cavités tubaires, que la cavité utérine ne contienne aucun liquide, tandis que les trompes sont remplies par le liquide signalé plus haut. La cavité utérine est d'ailleurs très-grande.

La muqueuse utérine a une teinte un peu violacée, mélangée de gris. Elle est très saine, et doit être étudiée sur sa coupe d'abord, et puis sur sa surface.

La coupe de la muqueuse montre une hypertrophie remarquable, plus marquée vers le fond de l'utérus que vers le col. Il y a plusieurs points où la muqueuse a au moins six millimètres d'épaisseur, fait bien positif, et qu'on ne peut attribuer ni au choléra ni à la menstruation; car dans ces conditions que j'avais examinées avec soin déjà, et que j'ai examinées depuis sur plusieurs autres femmes, il n'y a rien de pareil. Sur la surface de la coupe de la muqueuse, on distingue avec une grande netteté une quantité considérable de petits filaments blancs, aplatis, un peu sinueux, tous parallèles ou à peu près, qui de la couche profonde de la muqueuse se portent à la surface; et comme ces filaments aplatis correspondent aux orifices dont il va être question, il est incontestable que ce sont les tubes excréteurs des glandes utérines.

La surface intérieure ou libre de la muqueuse est assez lisse, mais

ornée d'un très grand nombre de petits orifices déprimés, et en outre soulevée çà et là en des petits points plus hypertrophiés, qui séparent des dépressions linéaires analogues à des fissures.

Les petits orifices se voyaient d'abord difficilement au moment où j'ai ouvert la cavité utérine; mais à peine l'utérus était-il à l'air depuis quelques instants, que chacun d'eux a été recouvert par une petite gouttelette de liquide transparent, qui sortait par l'orifice, le dilatait un peu, et le rendait on ne peut plus évident. Il est aisé d'ailleurs en ce moment de les voir très bien, en plaçant l'utérus sous une forte lumière, surtout dans l'eau, soit avec une faible loupe, soit même à l'œil nu. Chacun des orifices si nombreux qui criblent la surface de la muqueuse paraît correspondre à l'un des filaments aplatis ou tubes excréteurs décrits dans l'épaisseur de la muqueuse.

Les points soulevés sous forme de mamelons irréguliers, séparés par des dépressions ou fissures linéaires, se voient surtout sur la face postérieure de l'utérus. Ces soulèvements sont de même nature que les plis de la muqueuse tubaire. Ils sont constitués par une hypertrophie un peu plus notable de la muqueuse en ce point.

La muqueuse utérine, à part son hypertrophie, qui rend sa structure plus évidente, est d'ailleurs saine. Sur la cavité du col, elle est beaucoup moins épaisse; cependant on y remarque très bien aussi des orifices béants de glandes, et en outre quelques œufs folliculaires de Naboth un peu tuméfiés.

Tout cet ensemble de dispositions ressemble de tout point à ce qu'on pourrait observer sur un utérus d'une femme enceinte. On remarque, en effet, de la turgescence vasculaire, mais pas d'inflammation à proprement parler; toutes les conditions anatomiques d'une grossesse commençante se retrouvent ici : rupture récente d'une vésicule de Graaf chez une femme en bonne santé; turgescence vasculaire considérable; dilatation des trompes, surtout de la trompe du côté droit, correspondant au corps jaune récent; hypertrophie de la muqueuse tubaire; hypertrophie de la muqueuse utérine, dont les glandes plus apparentes, la surface, l'ensemble, sont identiques à ce que l'on observe dans les cas de grossesse; hypertrophie utérine. Il ne manquerait plus à l'appui d'une sérieuse démonstration que deux faits à éclaircir : 1° Y a-t-il

ou des rapports sexuels susceptibles de produire une fécondation?
 1^{re} Où est l'œuf s'il a été fécondé?

Mais avant de nous occuper de ces questions, il faut d'abord montrer que l'état des organes génitaux, si analogue à ce que l'on pourrait trouver dans l'état de grossesse commençante, ne peut pas s'expliquer autrement.

D'abord l'action du choléra ne doit pas être mise en ligne de compte. Sur plus de soixante femmes mortes du choléra, jeunes et vigoureuses, je n'ai trouvé rien d'analogue, sous aucun rapport.

La menstruation par elle seule n'est pas susceptible de produire des phénomènes pareils.

Il n'y avait positivement aucune trace d'inflammation utérine, à part les quelques pseudo-membranes minces et transparentes de la surface péritonéale, et qui s'expliquent parfaitement par le fait du travail nécessaire pour amener la pénétration de la vésicule de Graaf rompue.

Ni corps fibreux ni aucun autre produit homéomorphe ou hétéromorphe n'existait dans les organes génitaux. Aucune ulcération, pas d'engorgement au col utérin. Aucun écoulement par les organes génitaux externes, qui étaient violacés seulement comme dans une grossesse.

1^{re} Y a-t-il eu des rapports fécondants? Nous n'avons aucun renseignement à ce sujet, et il nous a été de toute impossibilité d'en avoir. Ainsi nous n'avons même pas de présomptions, et c'est une des conditions fâcheuses qui contribuent à jeter un peu d'obscurité sur le fait.

2^e Où est l'œuf s'il a été fécondé? Nous avons vu qu'une vésicule de Graaf s'était rompue une dizaine de jours avant la mort, et que la grossesse, si elle existait, daterait au plus de dix jours, et probablement de moins; car il serait possible que la fécondation n'ait été opérée que un ou deux jours, ou peut-être plus après le rupture de la vésicule. On ne possède dans la science aucun fait qui puisse nous renseigner sur la question à résoudre. On a des présomptions plus ou moins probables, mais aucun fait positif ne nous a montré encore où il fallait chercher et trouver l'œuf au commencement de la grossesse chez la femme.

Dans l'incertitude j'ai cherché partout avec soin et comme je

l'ai dit plus haut, dans les trompes je n'ai rien trouvé, si ce n'est un liquide blanc contenu, et une dilatation bien plus notable de la cavité de la trompe à droite qu'à gauche, ce qui semblerait indiquer que quelque chose aurait dû passer par là.

La surface de la muqueuse utérine est si régulière, sans traces de déchirures, que bien certainement aucun corps n'y avait adhéré; et ne s'en était détaché.

J'ai examiné avec soin les fissures linéaires irrégulières qui séparent les légers épaissements partiels de la muqueuse utérine, et dans ces fissures, peu profondes d'ailleurs, je n'ai rien trouvé.

Un seul corps singulier a dû fixer mon attention. Il se trouvait appliqué contre la face postérieure de l'utérus, un peu au-dessus du milieu de cette face et près de son bord droit, à deux centimètres à peine au-dessous, et un peu en arrière de l'embouchure de la trompe utérine droite. Il avait l'apparence d'un petit disque de forme analogue à celle d'une lentille, très transparent, à parois très minces, d'un millimètre environ de diamètre, plaqué par une de ses faces contre la muqueuse utérine, qui n'était véritablement ni épaissie ni déprimée en ce point.

Ce petit disque transparent n'offrait aucune analogie ni par sa disposition ni par son mode d'adhérence, ni par la place qu'il occupait, avec les œufs de Naboth tuméfiés, qui forment parfois sur le col utérin des vésicules transparentes plus ou moins pédiculées. Jamais je n'ai eu occasion de voir quelque chose de pareil dans l'intérieur du corps de la matrice.

Lorsqu'on le touchait avec la pointe d'une aiguille à cataracte, on le faisait glisser jusqu'à une petite distance sur la muqueuse; on le déplaçait très aisément. Enhardi par cela, j'ai cru pouvoir le soulever sur une lame mince de corne, car je ne m'étais pas aperçu qu'il fût adhérent; mais l'effort fait pour le soulever m'a montré qu'il était attaché à la muqueuse utérine par le milieu de sa face postérieure, au moyen d'un petit filament mou et grisâtre, d'un demi-millimètre de long sur un cinquième environ de millimètre de large. Dans cet effort aussi, le disque s'est altéré; il a perdu la transparence presque complète qu'il avait jusque là; pour devenir un peu trouble; il a changé de forme et s'est montré désormais

sous l'aspect d'une petite vésicule pyramidale, à petite extrémité terminant au pédicule.

Lorsque le disque était régulier et transparent, je l'avais examiné sur place à l'œil nu et au moyen d'une loupe, sans y trouver de traces d'organisation particulière, surtout à l'intérieur.

Dès qu'il a été déformé, je l'ai enlevé de dessus l'utérus, en coupant avec soin son pédicule au moyen de ciseaux fins, et j'ai placé alors la vésicule sous le microscope sans aucune utilité; car l'opacité survenue empêchait complètement la lumière de traverser la vésicule, et de rien voir à l'intérieur.

Pressé par le temps, et ne pouvant plus continuer l'examen d'une pièce que j'avais déjà étudiée si minutieusement, j'ai dû renvoyer le reste de cette étude au lendemain. Au moment où j'allais mettre la petite vésicule en lieu de sûreté, le verre sur lequel elle était placée est tombé, et la vésicule a subi un frottement violent, qui l'a un peu affaissée, mais ne paraît pas l'avoir altérée; au moins cela m'a paru certain, d'après l'inspection assez exacte que j'en ai faite au moment même. J'ai mis la vésicule dans un verre de montre plein d'eau, jusqu'au lendemain.

Le lendemain j'ai retrouvé la vésicule absolument dans le même état que la veille. Comme après l'accident, elle est restée un peu plus petite, un peu affaissée, mais toujours avec sa forme ovoïde, à petite extrémité continue avec le pédicule; elle est seulement devenue un peu plus opaque. Cependant un fait prouve qu'elle n'est pas altérée: la veille, avant qu'elle n'ait été froissée, lorsqu'on l'examinait avec un grossissement d'une centaine de diamètres, on remarquait en deux points vers la surface, une transparence bien plus notable, comme s'il y avait eu une vésicule interne, un peu rentrée sur elle-même en ces points, contenue dans la vésicule extérieure: le matin elle présente encore la même particularité.

Je cherche, en prenant les plus grandes précautions, à vérifier s'il y a réellement deux vésicules, l'une extérieure, l'autre interne, ou ce qui revient au même, s'il y a une double paroi dans la vésicule que j'étudie. Après quelques essais infructueux, j'ai fait sur le pourtour de la petite extrémité, près du pédicule, une incision circulaire au moyen d'une aiguille à cataracte bien tranchante. L'inci-

sion a assez bien réussi pour qu'à travers les lèvres de l'incision écartées, j'aie pu voir bien nettement une seconde vésicule interne, contenue dans l'enveloppe ainsi incisée, mais la doublant exactement. J'allais essayer d'enlever complètement l'enveloppe, afin de laisser la vésicule interne seule, lorsque, par une légère traction, le quart supérieur du côté du pédicule, de la vésicule, s'est déchiré de dessus les trois quarts inférieurs, et la vésicule s'est affaissée sous mes yeux, dans l'eau, sans qu'il ait paru s'échapper de l'intérieur aucun corps solide apercevable, pas même une petite granulation élémentaire. Tout le petit corps s'est trouvé, par ce fait, divisé en deux fragments, l'un comparativement plus grand, en forme d'urne (hypocratérisforme, pour employer une expression empruntée à la botanique), l'autre, plus petite, simulant assez un petit couvercle concave de l'urne, et tenant par son milieu au pédicule.

J'ai appliqué sur le verre qui portait ces deux parties, une lamme micacée de verre, et j'ai pressé légèrement. Examinant alors avec divers grossissements sous le microscope, j'ai pu me confirmer dans l'idée qu'il y avait bien là deux vésicules emboîtées.

Si l'on regarde d'abord le grand fragment, on constate qu'il est limité par un contour bien régulièrement courbe, excepté au niveau de la déchirure où l'on observe une particularité, qui va être signalée. Plus en dedans que cette ligne courbe extérieure de limitation, on aperçoit, à travers la substance de la vésicule devenue transparente par le fait de l'aplatissement dû à la compression, une autre ligne interne, mais irrégulière, anguleuse, s'approchant en certains endroits de la surface, comme pour se confondre presque avec la ligne extérieure, puis s'en éloignant irrégulièrement, pour s'en rapprocher ensuite plus ou moins loin. La disposition si différente de ces deux lignes, l'une extérieure ou de limitation, l'autre intérieure, semble démontrer qu'il y avait, en effet, deux vésicules. Il est impossible d'accepter que ces deux lignes marquent les deux limites externe et interne d'une même paroi; car il n'y aurait pas de différences si notables entre les deux. Ce qui le prouve d'ailleurs, c'est que sur le petit fragment, très transparent, lui aussi, on ne retrouve que la ligne externe régulière de limitation, tandis qu'il n'y a pas trace d'une ligne interne. Sur les points de bord qui est dé-

chire, déchiqueté; du grand fragment, on trouve quelque chose d'analogue à ce qu'on observe dans tout le reste du pourtour. Le lieu de la déchirure est marqué par une ligne irrégulière, sinuée; et au-dessus de cette ligne s'élève comme un petit lambeau triangulaire, dont le pourtour paraît se continuer aux limites de la déchirure, avec la ligne interne déjà décrite.

Au reste, le grand fragment et le petit fragment avec le pédicule qui lui est attaché, vus à plusieurs grossissements, sont constitués uniquement par une matière amorphe, au milieu de laquelle sont éparses, en assez grand nombre, beaucoup de granulations élémentaires mal délimitées. Je n'ai pu, à aucun moment de l'examen minutieux que j'en ai fait, y découvrir d'autre trace d'organisation.

Est-ce là un œuf? Je n'en sais rien; d'autant plus, je le répète, qu'aucun fait analogue n'existe dans la science, qu'on ne sait pas encore de par l'observation chez la femme, comment est l'œuf humain dans les premiers jours de la grossesse.

Tout ce que je constate, c'est que chez une jeune femme, au milieu d'une foule de particularités qui rendent la supposition d'une grossesse commençante extrêmement probable, j'ai rencontré uniquement dans l'utérus: une vésicule aplatie comme un disque, d'un millimètre de diamètre, tenant à la muqueuse utérine par un pédicule continu avec sa paroi extérieure, et qui m'a paru, dans plusieurs recherches successives, être composée par deux vésicules minces emboîtées, sans aucune autre trace d'organisation.

Beaucoup d'hypothèses pourraient être faites maintenant, et chacun les fera aussi bien que moi. Pour mon compte, je me contente de signaler le fait, de le décrire dans tous ses détails, tel que je l'ai vu, sans me permettre d'en tirer des conclusions qui ne seraient pas suffisamment justifiées.

M. Broca ne pense pas que la petite vésicule décrite par M. Deville puisse correspondre à l'époque assignée par lui. L'analogie le porte à croire que cette vésicule devrait être plus développée. Il s'agirait ici, pour lui, bien plutôt d'une grossesse manquée. Le pédicule dont il a été parlé n'entraîne pas la conviction de M. Broca.

qui a trouvé quelquefois chez des personnes saines des petits pécules muqueux absolument semblables.

M. Deville n'hésait pas trancher la question ; il ne voudrait pas soutenir qu'il y a grosseesse ; mais il a cru devoir consigner le fait pour que plus tard on puisse le rapprocher d'un autre.

M. Gros est étonné du peu d'épaisseur de la membrane muqueuse du Pécule relativement au corps de cet organe, qui est bien plus développé qu'à l'état normal.

M. Deville répond que cette membrane est environ un tiers plus épaisse qu'à l'état de santé.

M. Broca rappelle le commencement d'organisation de la vésicule chez la plupart des animaux, et en particulier chez le lapin à l'époque assignée par M. Deville pour la vésicule qu'il a montrée.

L'œuf du lapin arrive dans l'utérus sans traces d'organisation, dit M. Deville. Il n'y a pas de comparaison à établir, ajoute M. Laillet, chez les différents animaux dont la portée est si différente.

6. — M. Broca fait voir une jambe dans laquelle un phlegmon diffus a détruit la plus grande partie des chairs. Le tibia est dénudé. La surface de cet os est le siège d'une périostite. Les fibres de Poë de nouvelle formation sont longitudinales, et augmentent d'épaisseur à mesure qu'elles se rapprochent du centre. L'inflammation a gagné déjà le tibia spongieux ; car l'os se laisse pénétrer facilement par le bistouri.

7. — M. Bouteiller montre les vertèbres cervicales et la moelle d'une malade morte le 13 avril, dans le service de M. Piorry, où elle était entrée depuis sept jours (salle Sainte-Genève, n. 5). On a trouvé après la mort une maladie de Pott occupant la région cervicale avec un foyer purulent comprimant la moelle épinière à la hauteur des quatrième et sixième vertèbres. La maladie avait été méconnue. On avait cru à une méningite rachidienne chronique. À son entrée, la malade ne pouvait marcher ni le tronc ni les membres. Elle avait, en outre, de la constipation et une incontinence d'urine. La malade ne faisait remonter son état qu'à vingt jours seulement. Elle était âgée de vingt-sept ans, et ne présentait aucune trace de tubercules dans les poutons.

Descripton de la pièce anatomique. — Le corps de la sixième vertèbre cervicale est détruit dans ses deux tiers supérieurs : la cinquième est devenue porteur de tout son corps sans avoir diminué

de hauteur ni perdu sa surface articulaire inférieure. Les autres parties de ces vertèbres, pas plus que les apophyses des vertèbres voisines, ne sont augmentées de volume, comme cela a lieu ordinairement, et il n'y a pas de gibbosité.

Un abcès formé par de la matière tuberculeuse ramollie est situé à cette hauteur derrière le ligament vertébral antérieur. Cet abcès s'est développé surtout du côté du canal rachidien, et a, fortement comprimé la moelle qui est saine. Ses enveloppes sont saines également.

On ne rencontre point de tubercules dans les poumons. Il en existe sous la plèvre et sous le péritoine, les uns à la surface du foie, les autres sur la rate. Il n'y en a point dans le mésentère.

8. — M. Notta raconte qu'un homme fort robuste, âgé de 45 à 46 ans, avait vusé développer en 1843, à la face dorsale de la verge, tout près de l'extrémité du prépuce, une ulcération à base dure, qui sécrétait du pus ichoreux. Cette ulcération était venue à la suite d'une légère rougeur, et son étendue avait augmenté peu à peu; puis s'étaient déclarées des douleurs lancinantes qui privaient complètement le malade de sommeil.

L'affection ayant été combattue par l'usage de pilules de sublimé, continuées pendant trois et quatre mois, et de l'iodure de potassium, on a cru devoir recourir à l'amputation de la verge.

La partie malade blanche et dure crie sous le scalpel. Elle ressemble au cancer épithélial de la lèvre inférieure.

9. — M. Blot présente sur un fœtus à terme une anomalie du péritoine et une oblitération complète du tube digestif au niveau de la dernière moitié de l'iléon : voici le fait :

« Le 11 avril 1849 naquit, à la Maternité de Paris, J.-L. Carreau, d'une femme bien portante, déjà mère d'un autre enfant. Le dernier était à terme, et pesait 2.750 grammes; il était extérieurement bien conformé. Quand on le changea de langes pour la première fois, on remarqua qu'ils n'étaient nullement salis. On examina l'anus, qu'on trouva normalement disposé. Un lavement poussé avec lenteur revint presque immédiatement sans être nullement coloré. On pensa alors à une imperforation du rectum, et on appela M. Blot pour l'examiner. Déjà il y avait eu des vomissements de méconium. Une sonde de femme, introduite par l'anus, pénétra sans difficulté à plus de huit centimètres de profondeur, sans rencontrer d'obstacle.

M. Danyau, appelé auprès de cet enfant, renouvela la même exploration, et obtint le même résultat. Entre la visite de M. Blot et celle de M. Danyau, les vomissements de méconium avaient continué; le ventre s'était ballonné; il était très douloureux. La moindre pression faisait crier l'enfant; la peau avait déjà une teinte légèrement violacée; une péritonite s'était déjà développée. Un obstacle au cours du méconium était évident; mais la difficulté consistait à savoir où il avait son siège. Dans l'impossibilité de le déterminer d'une manière même probable, M. Danyau ne voulut tenter aucune opération. Dans la journée du 12, les vomissements de matières verdâtres continuèrent; le ventre se ballonna de plus en plus; la face s'altéra, et cependant l'enfant se plaignait à peine.

Le 13, les mêmes accidents continuèrent à s'aggraver, et le 14, à six heures, il succomba.

Pendant les trois jours qu'il a vécu, cet enfant n'a jamais voulu téter.

Voici dans quel état furent trouvés les organes de l'abdomen :

Le foie, la rate, les reins, la vessie sont disposés normalement. Le tube digestif n'offre rien de particulier jusqu'à la fin du duodénum. L'intestin grêle est très-volumineux, trois fois plus que le gros intestin. Il a subi une dilatation qui est surtout marquée dans son tiers inférieur au niveau de la dernière portion de l'iléon, qui présente une disposition tout à fait singulière. En effet, en ce point l'intestin traverse, de gauche à droite, un hiatus arrondi, à bords lisses, que présente le grand méésentère. Il se contourne ensuite un certain nombre de fois sur lui-même, puis repasse par le même hiatus, mais alors de droite à gauche, reprend sa direction normale de gauche à droite pour aller se terminer comme de coutume dans le cœcum; celui-ci et tout le reste du gros intestin (colon lombaire droit, colon transverse, colon descendant, S iliaque du colon et rectum) occupent leur place habituelle. On ne remarque aucun changement dans leur direction; mais leur calibre est notablement plus petit que d'habitude; ils sont tout à fait rayés sur eux-mêmes, et leur volume ne dépasse pas celui d'une grosse plume à écrire.

La portion d'iléon qui passe ainsi deux fois dans l'hiatus du grand méésentère n'est nullement comprimée dans ses bords. Ceux-ci n'ont pu gêner le cours des matières dans son intérieur. M. Blot

cherché dans l'intérieur de l'intestin la cause d'arrêt à la circulation du méconium, l'intestin grêle (iléon). Une fois ouvert à droite et à gauche de l'hyatus du grand mésentère, il est facile de constater que l'iléon, au niveau de l'union de son tiers inférieur avec ses deux tiers supérieurs est complètement oblitéré en ce point, qui est placé à droite de l'hémisphère péritonéal; il offre une dilatation considérable qui lui donne des dimensions égales à celles de l'estomac du petit sujet. On trouve là un cul-de-sac complètement fermé à la surface interne duquel on ne trouve pas la plus petite trace qui puisse faire reconnaître l'endroit où devait s'aboucher la suite de l'intestin grêle. La dernière portion de celui-ci est tout à fait revenue sur elle-même, et constitue un petit tube de la grosseur d'une plume d'oie accolée à la face externe de la partie renflée en ampoule, et terminée comme elle en cul-de-sac. Toute la portion du tube digestif située au-dessus de l'oblitération contient un liquide verdâtre, qui n'est autre chose que du méconium délayé dans l'eau que l'enfant avait bue. Toute la portion située au-dessous de l'oblitération est revenue sur elle-même, et on n'y retrouve qu'une matière grise-blanchâtre, qui paraît être du mucus épaissi.

40. — A propos de la présentation de M. Blot, M. Deville fait la communication suivante :

Il a rencontré un sujet à l'ouverture duquel les trois colons frappèrent immédiatement la vue; mais on ne voyait pas trace d'intestin grêle. Le feuillet péritonéal superficiel suivait la marche ordinaire, le feuillet inférieur passait devant tout l'intestin grêle. En fendait ce feuillet inférieur du mésocolon transverse, on découvrit cet intestin avec son mésentère. L'intestin grêle, au lieu d'être renfermé dans la cavité péritonéale, était logé dans l'écartement des deux feuillets du mésocolon transverse.

Suivant M. Blot, ce fait, signalé par M. Deville, aurait de l'importance pour détruire les théories de Bichat et de M. Velpeau.

Pour M. Deville, au contraire, ce fait serait confirmatif des doctrines de M. Velpeau.

M. Barth cite un cas dans lequel le paquet intestinal semblait enveloppé d'un sac séreux. Il ne se rappelle pas suffisamment les détails de cette observation pour les communiquer à la Société.

Ont été reçus dans le courant du mois d'avril :

Membre correspondant :

M. DEBEAUVAIS (13 avril).

Membre titulaire :

M. MORREAU (27 avril).

Perforation de la cloison du cœur, avec rétrécissement de l'orifice de l'artère pulmonaire.

Par M. DENUCE, interne des hôpitaux (Janvier 1848.)

Marie-Louise-Estelle-Carette, âgée de 32 mois seulement, présentait constamment, depuis sa naissance, une coloration bleue, très-faible d'abord, et qui plus tard devint plus intense et plus appréciable, surtout le soir. Il se joignit bientôt à ce premier symptôme un peu d'oppression. C'est à ce moment que la malade entra à l'hôpital des Enfants malades, salle Sainte-Anne, n. 14.

Quand je l'ai vue au commencement de janvier, il y avait des accès comme périodiques, revenant chaque soir, pendant lesquels on observait les phénomènes suivants : Le pouls, ordinairement irrégulier, devenait plus faible. La coloration bleue devenait extrêmement intense, surtout aux extrémités, aux lèvres et au nez. L'oppression était très-forte; la respiration courte, fréquente, difficile. Point de convulsions.

C'est pendant un de ces accès que la mort est survenue, le 5 janvier 1848.

Pendant le peu de temps que j'ai eu l'enfant à ma disposition, je l'ai auscultée avec soin, et j'ai trouvé les mouvements du cœur tumultueux et les bruits constamment masqués par un souffle que je croyais saisir au premier temps comme au second. Or, mon chef de service, M. Bonneau prétendait avoir constaté le bruit de souffle au second temps seulement. D'autre part, un de mes collègues, M. Blondeau, qui a fait le service d'interne par intérim quelques jours avant moi, m'assurait positivement que le souffle n'existait qu'au premier temps ; je devais donc rester dans le doute.

Après la mort, la teinte bleue avait persisté sur le cadavre. A l'ouverture du corps, je trouvai tous les organes

sains, sauf la rate et le foie, qui étaient engorgés, volumineux; le poumon, qui était très-rose, très léger, *comme atrophie*; le cœur était dans l'état suivant :

1° Son volume général et sa conformation extérieure n'offrent rien de remarquable.

2° Le ventricule gauche ne contient pas de caillots. L'orifice auriculo-ventriculaire est normalement conformé; l'orifice aortique, sans présenter d'insuffisance, semble un peu large; l'aorte, à son origine, est très développée, dilatée en forme de sinus, comme chez les vieillards. Immédiatement au-dessous de l'aorte, à la partie supérieure de la cloison inter-ventriculaire, se trouve un orifice où le petit doigt peut s'engager facilement, et qui fait communiquer les deux ventricules. Du côté du ventricule gauche, cet orifice est triangulaire, à bords mousses, blancs, fibreux; la base du triangle semble formée par la partie supérieure de la cloison, tandis que le sommet et les bords latéraux semblent taillés justement dans la pointe qui sépare deux des valvules sigmoïdes.

3° Le ventricule droit frappe au premier abord par sa structure beaucoup plus charnue, l'épaisseur de ses parois beaucoup plus grande, le développement de ses colonnes beaucoup plus marqué qu'à l'ordinaire. L'orifice auriculo-ventriculaire n'offre rien de particulier. A la partie supérieure de la cloison, on retrouve l'orifice triangulaire de la perforation inter-ventriculaire, mais séparé ici de l'orifice de l'artère pulmonaire par une très forte colonne charnue.

Quant à l'orifice pulmonaire, il est tellement rétréci qu'il est difficile d'abord de le trouver, et qu'une fois découvert, il laisse passer à peine une sonde cannelée. Les valvules sigmoïdes existent, mais elles sont ratatinées. Après son origine, l'artère pulmonaire prend bientôt un

peu plus d'ampleur ; mais en somme est considérablement atrophiée.

4° Les deux oreillettes n'offrent qu'une particularité digne d'être notée. C'est la persistance du trou de Botal, ou plutôt, sa non-oblitération complète ; car la communication est étroite et à fond d'un cul-de-sac oblique.

Réflexions.—La perforation de la cloison est évidemment congéniale ; il n'existe pas de traces d'inflammation récente ou ancienne dans le cœur, et l'ouverture inter-ventriculaire, à bords mousses, lisses, non frangés est trop régulière pour qu'on puisse la regarder comme accidentelle. Quant à la lésion de l'orifice pulmonaire, l'existence des valvules sigmoïdes ratatinées, comme je l'ai dit, semble indiquer que le rétrécissement a dû survenir, ou du moins s'accroître pendant la durée de l'existence.

2° Selon toute probabilité voici comment la circulation devait s'opérer dans les derniers temps.

La contraction des ventricules a lieu. La même pression s'exerçant dans les deux ventricules, le sang de gauche ne doit point avoir de tendance à passer à droite. Celui de droite trouvant, au contraire, deux orifices, l'un très étroit le pulmonaire, l'autre très large, se divise en deux colonnes, l'une petite, qui passe par l'artère pulmonaire, l'autre, plus grande, qui va dans le ventricule gauche, et presque immédiatement dans l'aorte.

Le sang revenant au cœur après avoir voyagé dans le corps par l'aorte, dans le poumon par l'artère pulmonaire, arrive dans les oreillettes. Mais remarquons que, vu la petite quantité de sang qui a passé dans les poumons, l'oreillette gauche reçoit beaucoup moins de sang que la droite ; dans la réplétion des oreillettes, le sang de droite doit donc passer à gauche par le trou de Botal non oblitéré. Ce qui fait qu'il y a deux fois mélange de sang

sang dans les oreillettes et dans les ventricules, chaque fois le courant ayant lieu de droite à gauche, le sang veineux, par conséquent, se mêlant au sang artériel dans le cœur gauche, et jamais l'artériel au veineux dans le cœur droit.

Ce n'est donc pas au mélange des deux sangs, mais aux efforts du ventricule droit pour vaincre la résistance que présentent à ses deux colonnes sanguines, d'une part, l'orifice pulmonaire rétréci, de l'autre la pression du sang du ventricule opposé, qu'il faut attribuer son développement musculaire ; tandis que la petite quantité de sang qui passe dans le poumon donne la clef de l'espèce d'atrophie signalée dans cet organe.

Mais la circulation a-t-elle existé toujours telle que je viens de la décrire ? Je ne le pense pas. L'artère pulmonaire, rétrécie comme elle l'est, ne me semble pas longtemps compatible avec l'existence ; son orifice a dû être plus large à un instant donné, et sa diminution progressive.

Nous avons vu que la perforation ventriculaire aboutissait à l'origine de l'aorte. Le sang pressé par la contraction du ventricule droit, a dû chercher à s'échapper par l'aorte autant que par l'artère pulmonaire. A cause d'une grosse colonne charnue que j'ai mentionnée, le sang du ventricule gauche ne pouvait pas, au contraire, s'élancer dans l'artère pulmonaire.

L'aorte recevant donc du sang ou tout au moins d'abord une impulsion sanguine des deux côtés, devait augmenter de volume et se dilater, comme l'indique l'existence du sinus que j'ai signalé ; tandis que, par une raison tout à fait inverse, l'artère pulmonaire, recevant moins de sang que ne le comporte son calibre, devait se rétrécir. Dès lors on comprend le mécanisme. L'aorte augmente incessamment, et devient apte à recevoir une plus grande quantité de sang, tandis que l'artère pulmonaire en reçoit, chaque

jeur, une moindre, et continue par conséquent à se rétrécir graduellement. De cette manière on comprendrait parfaitement la progression constante du mal et l'aggravation continuelle des symptômes depuis la naissance jusqu'à la mort.

3° Quant aux symptômes produits par ces lésions, je n'examinerai que les deux suivants : la cyanose, le bruit de souffle.

Par quoi est produite la cyanose ? Les uns disent par le mélange de deux sangs ; les autres par le défaut d'hématose.

L'observation que je présente donne-t-elle lieu de pencher pour l'une de ces solutions ? non, car s'il y a mélange incontestable des deux sangs, il y a aussi défaut d'hématose, par suite du rétrécissement pulmonaire. Ce qu'il y de certain, c'est qu'elle vient à l'appui de ceux qui ont affirmé qu'il n'y avait cyanose, que lorsque avec la perforation de la cloison, il y avait rétrécissement de l'orifice pulmonaire.

Quant aux bruits de souffle, l'incertitude dans ce qui a été observé me commande la réserve. Cependant s'il m'était permis de m'en tenir à ce que j'ai entendu, voici ce que je dirais :

Il y a bruit de souffle aux deux temps ; comment expliquer le fait ?

La plupart des observateurs conviennent que le rétrécissement artériel est accompagné d'un bruit de souffle au premier temps.

Le bruit de souffle du second temps aurait une autre origine ; il serait produit par le passage du sang de l'oreillette droite à l'oreillette gauche, que j'ai démontré nécessaire, à travers un orifice rétréci, au moment de la réplétion des oreillettes.

Cette hypothèse, que je ne donne d'ailleurs que pour

ce qu'elle vaut, semblerait confirmer la théorie de M. Beau sur les temps et les mouvements du cœur.

Extrait du rapport sur l'observation précédente,
par M. COFFIN.

M. Denucé admet comme lésion primitive la perforation inter-ventriculaire; alors, dit-il, le sang du ventricule droit étant poussé directement dans l'aorte venait augmenter la masse du sang projetée par le ventricule gauche, l'aorte a dû être dilatée, tandis que par une raison tout-à fait inverse, l'artère pulmonaire, recevant moins de sang que ne le comporte son calibre, devait se rétrécir. La plupart des auteurs, au contraire, MM. Louis, Gendrin et Bérard en particulier, ont posé en fait que le rétrécissement ou l'imperméabilité de l'artère pulmonaire est la lésion congénitale primitive entraînait la communication contre nature entre les systèmes à sang rouge et à sang noir. Suivant M. Gendrin, l'artère pulmonaire germe de l'aorte et non du ventricule droit; elle va en s'allongeant s'ouvrir dans ce dernier ventricule; c'est alors seulement que la cloison inter-ventriculaire est complète.

M. Denucé se fonde, pour ne point croire à un rétrécissement primitif de l'artère pulmonaire sur ce qu'une artère pulmonaire rétrécie au point où nous l'avons sous les yeux, laisse passer des quantités de sang tellement faibles que la respiration aurait été je ne dis pas seulement insuffisante, mais encore de beaucoup trop incomplète pour que l'enfant ait pu vivre trente-deux mois avec une pareille lésion. Mais c'est qu'ici existe dans l'observation une petite lacune. Le canal artériel n'a pas été examiné, et M. Louis a vu que dans les cas analogues l'artère pulmonaire recevait une certaine quantité de sang par ce canal. Sur la pièce qui nous a été présentée, la section avait été faite trop

près du cœur pour qu'il nous fût permis de combler cette lacune.

Si quelques points obscurs existent au sujet de l'auscultation, on doit l'attribuer au peu de temps pendant lequel la malade a été observée (1).

Caillot dans l'intérieur de l'artère aorte perforée par une tumeur tuberculeuse externe.—Oblitération de deux artères et gangrène consécutive.

Par M. LE BRET, (février 1848).

La femme Ymont (Pauline) était couchée au n° 32 de la Salle Sainte-Philomène, service de M. le docteur Gillette, hôpital Bon-Secours.

Agée de quarante ans, sans profession, mariée à un marbrier, mère de sept enfants dont le dernier a quatre ans, habituellement très bien réglée, elle assurait n'avoir fait jusqu'ici aucune grande maladie; on la citait, selon son témoignage, pour sa force et ses belles apparences de santé. Elle aurait éprouvé de vifs chagrins domestiques, il y a cinq ou six mois.

Sans cause appréciable, sans que la malade puisse le rattacher à aucune circonstance, il y a trois mois qu'en descendant son escalier, elle sentit les jambes fléchir tout à coup sous elle, comme si elles étaient fortement engourdies. Dès ce moment, incapable de marcher, elle garda le lit pendant trois semaines: cette faiblesse se dissipa; puis fut suivie d'accès de fièvre très-intense, revenant à intervalles inégaux, dans la journée ou dans la

(1) Le comité de publication se demande si, en admettant la réalité du souffle au deuxième bruit du cœur, ce bruit anormal ne trouve pas son explication soit dans l'élargissement de l'aorte, soit dans l'oblitération de valvules de l'artère pulmonaire, lésion qui permettrait le reflux du sang dans les cavités ventriculaires.

nuît, avec un frisson des plus marqués, et cela durant un mois ou six semaines. A cette même époque, la malade rapporte la sensation d'un *grand feu* à la région précordiale, qu'elle indique elle-même; les jambes s'œdémaient de plus en plus, et la faiblesse allait croissant; il n'y aurait eu aucune douleur au niveau des reins; point de diarrhée, mais une constipation habituelle; de vives souffrances parcouraient l'une et l'autre jambe, surtout la gauche, qui s'est notablement refroidie depuis un mois. Dans les derniers temps encore, quelques palpitations très-fortes se signalèrent; des vomissements très-fréquents survenaient, surtout après une longue abstinence d'aliments. Depuis trois ou quatre jours, la vue s'affaiblit par degrés et de chaque côté. A ces divers accidents, des médecins appelés opposèrent tour à tour des cataplasmes sur les membres inférieurs, des purgatifs à hautes doses, et trois vésicatoires dont deux aux mollets, un à la nuque; les urines n'ont jamais été essayées.

Entrée dans le service, le 31 janvier. — *État actuel* : Anémie profonde, annoncée par une teinte cachectique et une décoloration générale des tissus. Visage bouffi, d'une pâleur terreuse. Œdème universel, surtout notable aux extrémités. Intelligence lente, mais intacte. Vue très-affaiblie, s'exerçant à peine. Langue large, couverte, ainsi que la voûte palatine, d'une couche épaisse de muguet. Pouls filiforme, déprimé. Au cœur : bruit de souffle au premier temps ne s'entendant qu'à la base, et très-fortement prolongé dans les vaisseaux; on le perçoit très-sensible dans les carotides. Il y a un peu d'oppression, tenant à la présence d'un léger épanchement dans l'un et l'autre côté du thorax. — La jambe droite est bien remuée, bien sensible, sans autre signe particulier; le vésicatoire qui la recouvre offre une surface dénudée normalement. La jambe gauche peut à peine quitter le plan du lit; fortes

ment œdématisée, elle présente sur le dos du pied, au niveau et à la partie externe de l'articulation tibio-tarsienne, dans l'étendue d'un pouce et demi de long sur un demi de large, une plaque de peau mortifiée dans l'épaisseur même du derme ; on y voit la trace des vaisseaux superficiels desséchés ; le pied est très froid au toucher, et une teinte livide, comme violacée recouvre les trois premiers orteils, en s'étendant à deux pouces environ au-dessus. Lorsqu'on suit le trajet des vaisseaux fémoraux, de haut en bas, à partir de l'arcade de Fallope, on ne détermine aucune sensation pénible, mais, si le doigt passe sur le creux du jarret et se promène inférieurement, la souffrance ressentie paraît excessive ; de ce même côté gauche, le vésicatoire montre sur sa surface mise à nu deux points gangrénés, de la largeur d'une pièce de vingt sous chacun, et le reste de l'étendue est d'un gris sale, comme recouvert d'une fausse membrane de mauvaise nature. Vers le tiers moyen de la jambe, on découvre encore une petite place, d'un rouge noirâtre, peut-être consécutive à la pression d'une bande. En général, la peau de cette jambe a une teinte blanche, luisante ; elle est comme tendue. — En essayant les urines qui ont un aspect de bouillon caractéristique, on trouve de l'albumine en grande quantité, soit par l'acide nitrique, soit par l'ébullition. — La faiblesse extrême de cette femme lui donne une certaine anxiété. — Pronostic fâcheux.

Prescriptions. — Sirop de quinquina. — Gargarisme boraté.

1^{er} février. — Même état. — *Prescriptions.* — Eau de Spa. Vin de quinquina. Potion tonique. Compresse de vin aromatique sur le pied gauche. Cataplasmes laudanisés au jarret du même côté. Bouillon.

2. — La lividité noirâtre a gagné de dehors en dedans, et s'étend en haut à la presque totalité de la région dor-

sale du pied gauche; le pied est toujours très froid; la portion de peau sphacélée est plus humide et s'entoure d'une auréole rouge-vif; il ne semble pas qu'il y ait progrès en profondeur.—Les taches noirâtres du vésicatoire sont bien plus caractérisées, plus étendues. En dehors, la pression d'une membrane d'eau chaude, qui a pesé sur le membre, a déterminé une trace livide dans l'espace d'un à deux ponces.—La douleur est excessive quand on presse l'artère poplitée dans son trajet: la malade accuse au même point des souffrances aiguës, même dans la position horizontale, sous le poids des couvertures; elle n'a pas reposé de la nuit. Toutefois le pouls est un peu relevé, l'état général moins affaibli. La langue se nettoie.—Mêmes prescriptions.

3.—Aggravation de tous les symptômes.—La vue est complètement abolie.—Les douleurs sont poignantes au moindre mouvement, à la plus légère pression exercée sur la jambe gauche. Une vaste phlyctène embrasse le talon de ce côté; les plaques gangréneuses gagnent partout en étendue; de nouvelles se montrent au niveau des malléoles, en arrière sur le mollet, partout où il y a contact ou pression: la température est encore plus abaissée, si cette appréciation est possible. Aucune sensation pénible n'est déterminée en suivant le trajet de la fémorale de haut en bas; mais aujourd'hui la pression provoque des souffrances dans le genou droit, en avant et postérieurement. Même œdème. Même anémie. Etat désespéré.—Mêmes prescriptions.

Dans la journée, prostration extrême. Le soir, vers dix heures, agitation, respiration stertoreuse; pouls filiforme, fréquent. Mort à deux heures, dans la nuit.

Autopsie.—L'ouverture est faite trente et une heure après le décès.

Le cadavre est complètement infiltré: L'embonpoint en

est encore remarquable, et la graisse double la peau d'une couche épaisse.—Le vésicatoire de la nuque, comme celui de la jambe gauche est recouvert de plaques gangréneuses.—Une incision pratiquée sur les portions gangrénées démontre que le sphacèle ne dépassait point le derme.

A la jambe gauche, ni l'artère poplitée, ni la tibiale postérieure, ni la pédiéeuse, qu'on examine d'une manière spéciale, ne présentent de trace inflammatoire, ni de caillots; leur tissu n'a pas une résistance sensiblement accrue. L'artère fémorale, explorée de l'auneau du troisième adducteur à son origine, n'offre qu'un point intéressant, à un centimètre, à peu près au-dessous de la naissance de la fémorale profonde; là, nous trouvons un petit caillot cylindrique, d'inégal volume, long de trois centimètres environ, et dont le bout supérieur est plus gros que l'inférieur; la lumière du vaisseau en est obturée; les parois qui l'entourent, sont d'un rouge plus intense que dans le reste de l'étendue de l'artère; elles s'épaississent aussi davantage à ce niveau; le travail inflammatoire ne saurait y être méconnu.—Rien d'anormal dans l'articulation tibio-fémorale du même membre gauche.

A droite, en procédant de l'aorte abdominale vers les parties inférieures, on rencontre au moment de la bifurcation du tronc commun en iliaques, le commencement d'un caillot, long de huit centimètres, et mesurant d'une manière exacte l'espace compris entre l'origine de l'iliaque primitive droite et le point de naissance de l'artère hypogastrique du même côté, dans laquelle il se prolonge sur une longueur de deux centimètres et demi: le caillot en question, tout à fait organisé, présente un bout supérieur taillé en bec de plume, puis cylindrique, d'aspect fibrineux; au-dessous, fortement coloré en rouge noir, il se rétrécit, perd de sa consistance, qu'il reprend plus bas avec plus d'épaisseur, jusqu'à sa terminaison

en quiescent et flottante, soit dans l'iliaque externe, soit dans l'hypogastrique. Sur une coupe pratiquée intérieurement, on remarque des couches concentriques : une membrane propre entoure cet amas fusiforme, et semble se confondre avec la couche la plus interne du vaisseau. Des traces évidentes d'inflammation se voient aussi sur de Caillot; le calibre de l'artère en est complètement rempli.

Les cavités pleurales contiennent peu de sérosité épanchée. Les poumons sont extrêmement oedématisés; mais l'examen le plus minutieux n'y découvre aucune sorte de production accidentelle; du liquide séreux, trouble, mêlé d'un peu de sang; s'échappe de leur parenchyme en assez grande quantité, à la pression comme sous la coupe.

Examen du cœur : 0^m, 14 centim. de large, sur 0^m, 15 à 0^m, 16 cent. de hauteur. — Parois d'une épaisseur médiocre. — Point de déformation notable; mais sur la face antérieure, au-dessus du sillon longitudinal, au niveau du sillon de séparation situé entre les ventricules et les oreillettes, se montre une tumeur globuleuse, allongée, un peu plus volumineuse qu'un œuf de pigeon; elle est comprise précisément dans l'intervalle moyen de l'aorte et de l'artère pulmonaire: son plus grand diamètre se dirige obliquement de gauche à droite, de telle sorte que l'artère pulmonaire n'occupe pas à droite sa situation habituelle, et que la croisée de l'aorte s'infléchit davantage en arrière, par la dissection; on isole cette tumeur qui se prolonge profondément entre les deux vaisseaux, surtout du côté de l'aorte qu'elle comprime; une membrane propre, du tissu cellulaire, limitent le kyste; on y perçoit une fluctuation obscure, principalement en haut: quelques piquetements font sortir de pus mêlé à une matière grenue, comme tuberculeuse.

On ouvre l'aorte à son origine, et on y rencontre, &

gauche, au moment où elle va se courber, dans le point même comprimé par la tumeur, un caillot volumineux, adhérent, consistant, fibrineux : c'est une petite masse sans forme descriptible, qui occupe les deux tiers de la largeur de l'orifice, au-dessus des valvules sigmoïdes et ne laisse à droite qu'un très étroit passage pour la colonne sanguine : ce détroit est borné par le caillot canaliculé lui-même en dedans et en bas et la paroi de l'aorte d'autre part. Les valvules ne semblent pas altérées. — Quelques caillots récents s'échappaient du ventricule gauche ; d'ailleurs, aucun détail qui mérite l'attention soit dans les orifices, soit dans les autres cavités du cœur.

Rien de particulier dans le foie, ni dans le tube digestif.

La rate, trois fois plus volumineuse qu'à l'état normal, lobulée inférieurement, donne dans les coupes qu'on en fait diverses altérations qui semblent être les degrés d'une seule modification. Son tissu est à la fois consistant et boueux, si je puis dire : on exprime de la matière splénique, souvent grisâtre plutôt que lie de vin, dans une grande partie de l'organe ; mais peu à peu, vers le tiers supérieur, au bord tranchant, on arrive à une étendue de parenchyme qui à l'extérieur est d'un gris de plomb et sous le scapel, donne une tranche résistante, d'un jaune clair, quelquefois marbrée, irrégulièrement disposée dans le reste de l'organe, et qu'au premier abord, on hésite à rapporter d'une manière positive soit à un dépôt purulent soit à de la matière tuberculeuse réellement infiltrée ; (toutefois, la comparaison que j'établissais dans mon souvenir avec l'arrangement des tubercules, si fréquent dans la rate des enfants nouveau-nés, et dont j'ai vu de très nombreux exemples à l'hôpital Necker, me faisait pencher pour la seconde détermination. A ma prière, et sans aucune indication, M. Robin a bien voulu examiner au microscope une tranche prise sur le point de

l'organe en litige : malgré ses prévisions même, il y a trouvé un *type de caractères tuberculeux*. Ce doute éclairci met, ce me semble, sur la trace de la nature du kyste décrit plus haut à la base du cœur, et l'observation microscopique devra confirmer ou détruire l'analogie entre les deux lésions.

Le rein droit présente tous les caractères assignés par les auteurs au premier degré de la néphrite albumineuse, c'est-à-dire un degré remarquable d'hyperhémie, sans hypertrophie cependant bien appréciable : à la surface de l'organe, la capsule étant enlevée, on voit un piqueté *en étoiles* très abondant, tranchant par sa vascularisation sur la teinte grisâtre du parenchyme ; à l'intérieur, la substance corticale est très injectée, et l'on suit le trajet des vaisseaux engorgés jusque entre les cônes de la substance mamelonnée. — Le rein gauche est très ramolli, déformé par une ou deux bosselures ; un tiers de sa masse est décoloré, d'une teinte gris-chamois, marbré çà et là ; dans le reste de l'étendue, on découvre déjà des taches claires, des granulations grises ; il y a du troisième degré dans cette altération.

A l'ouverture des méninges, il s'échappe une notable quantité de sérosité ; on en trouve aussi dans les ventricules ; rien de particulier d'ailleurs dans l'encéphale.

Gangrène spontanée de toute la jambe gauche.

Par M. E. FOUCHER, int. des hôpitaux.

Le nommé Luche, (Jacques-Claude), âgé de 71 ans, couché au n° 45 dans la première salle de l'infirmerie de Bicêtre, service de M. Pelletan, est né à Paris qu'il habita jusqu'à l'âge de vingt ans. A cette époque, il devint soldat et fit toutes les guerres de l'Empire. Depuis son retour, il a habité Paris jusqu'en 1893 ; il y menait,

comme il le dit, assez joyeuse vie. De 1833 à 1847, il a exercé le métier de commissionnaire dans la banlieue de Paris, habitant chez ses enfants dans un lieu humide. C'est homme affirmé avoir joui d'une santé constamment bonne, et n'avoir jamais ressenti ni douleur, ni engourdissement dans les jambes ; il n'a éprouvé aucune maladie grave ; si ce n'est, il y a deux ans, qu'il se fractura la cuisse droite, accident qui le retint, pendant sept semaines, à la Pitié ; il avoue, du reste, avoir été adonné aux liqueurs spiritueuses et aux plaisirs de l'amour ; mais il prétend n'avoir jamais eu de maladies vénériennes. Ce fut le 14 juin 1847, qu'il fut admis à l'hospice de Bicêtre, comme indigent.

Le 2 février 1848, il entra à l'infirmerie, se plaignant de perte d'appétit et de douleur dans le côté gauche. Le lendemain, à la visite, on le trouva tellement saisi, qu'on lui prescrivit préalablement un bain. (le froid était alors très-intense). En sortant du bain, le malade fut pris d'un frisson qui dura près de deux heures. Dans la nuit, il éprouva une vive sensation de froid dans le pied gauche et des élancements dans le gros orteil.

Le 4 février, tout le gros orteil est notablement tuméfié et tend à prendre une teinte violacée. L'état général du malade n'est pas, du reste, sensiblement affecté ; la peau a conservé sa coloration normale, la langue est humide, sans enduit prononcé, l'appétit médiocre ; pas de diarrhée, ni de constipation ; pas de toux ; rien d'anormal à l'auscultation du poulmon ; crachats normaux, peu abondants. Les bruits du cœur sont sourds, un peu irréguliers, assez développés ; pouls à 98, de force moyenne. Les battements de l'artère fémorale sont très faciles à apprécier dans toute la région crurale ; mais on ne parvient plus à les sentir au niveau de l'anneau du 3^me adducteur. On prescrit : sirop quinquina, 60 gr. ; v. de Bagnols, 250 gr.

Infusion de café ; opium, 0,05. 2 potages, 1 portion de pain, 3 portions de vin.

Le 5, élancement dans tout le pied ; la peau qui revêt le cou-de-pied, et le bas de la jambe est tellement sensible, qu'il suffit d'y passer même légèrement le doigt, pour produire la sensation de picotements très-vifs. Tout le pied est tuméfié, et sa face dorsale a une teinte violacée.

Le 8, l'épiderme de la face dorsale du gros orteil est soulevé et forme une phlyctène remplie d'une sérosité trouble et roussâtre. Sur la face dorsale du pied, existe une large phlyctène de même nature. La face plantaire est violette, peu sensible. Le bas de la jambe est tuméfié, œdémateux, conservant l'impression du doigt ; les veines s'y dessinent, à travers la peau, qui est très sensible. Le malade se plaint d'élancements dans toute la jambe, et répand une odeur de gangrène assez prononcée.

Le 12. Tous les orteils et la face dorsale du pied, jusqu'à deux centimètres au-devant de l'articulation tibio-tarsienne, sont desséchés, racornis, noirs, sans épiderme, totalement insensibles. On voit s'y dessiner des traînées qui ont une teinte noire plus foncée, et sont formées par les veines dans lesquelles le sang s'est coagulé. La plante du pied commence à prendre une teinte analogue ; mais elle conserve encore la mollesse naturelle des tissus. Le pied a considérablement perdu de son volume, il est racorni. Le bas de la jambe jusqu'à cinq ou six centimètres, au-dessus de la malléole interne, et sept à huit au-dessus de l'externe, a une teinte violacée qui se termine par un bord frangé, irrégulier. Une phlyctène existe au niveau du cou-de-pied. Tuméfaction, sensibilité de toute la partie supérieure de la jambe. — Même prescription.

Le 15. La plante du pied commence à se racornir ; le bas de la jambe acquiert une teinte noirâtre ; du reste, la mortification n'a pas fait de progrès, même sensible

de la peau de la jambe, élancements, sensation de fraîcheur.

Le 20. La gangrène a conservé ses mêmes limites ; le bas de la jambe a pris une teinte noire et commence à se racornir. Même sensibilité de la peau, élancements. Bon état général, peu d'appétit.

Même traitement.

Le 5 mars. La mortification n'a pas fait de progrès depuis le 27 février, et la gangrène semblait limitée à 6 centimètres au-dessus de la malléole interne et 8 centimètres de la malléole externe ; mais, depuis cette époque, le mal a marché, et le membre inférieur présente aujourd'hui l'état suivant : la jambe, demi-fléchie sur la cuisse, est dans l'adduction et dans la rotation, en dehors, de telle façon qu'elle repose sur sa face externe. Tout le pied a une teinte noire très prononcée qui s'étend jusqu'à huit à dix centim. au-dessus de la malléole interne et dix à douze au-dessus de la malléole externe. Toutes ces parties sont dures, racornies, excepté le bord externe du pied et de la jambe sur lequel repose le membre, qui conserve encore une certaine mollesse. Nulle douleur, nulle sensibilité même à la percussion la plus forte dans tous ces points. La face interne de la jambe, jusqu'à la moitié du mollet à une teinte violacée, mêlée de taches verdâtres. L'épiderme est enlevé par plaques et laisse à nu le derme rouge, violacé et verdâtre. La même teinte existe à la partie antérieure de la jambe, et remonte trois centimètres plus haut. Toute la face externe de la jambe, jusqu'à quatre centimètres au-dessus du genou, a une teinte violacée, terminée par un bord irrégulier ; çà et là phlyctènes remplies de sérosité roussâtre. Ces parties sont fraîches au toucher, et le malade y éprouve une sensation de froid assez intense. A partir de là jusqu'au milieu de la cuisse, les tissus sont œdématiés, les veines s'y dessi-

nent sous forme de traînées bleuâtres ; élancements violents, que le moindre mouvement rappelle et exaspère. Le haut de la cuisse est peu douloureux ; on y sent les battements de l'artère fémorale. Ceux de l'artère poplitée ne sont pas appréciables. Quant à l'état général, jusqu'à il y a quelques jours, la coloration était normale, les forces étaient conservées, la langue nette, l'appétit modéré ; depuis quelques jours, le visage est décoloré et a une teinte subictérique, affaiblissement général. Somnolence habituelle. Langue humide, sale ; pas d'appétit ; pas de toux ; pas de dyspnée. Pouls à 104, petit, un peu irrégulier.

Même traitement.

Le 7, la teinte noire remonte aujourd'hui jusqu'à la moitié du mollet ; çà et là, elle est encore marquée de taches verdâtres. L'épiderme est détaché dans tous ces points, et à la partie interne, le derme est dur, desséché ; la coloration livide remonte jusqu'à quatre cm. au-dessus du genou à la partie la plus supérieure existe une large phlyctène. Plus de sensibilité dans tous ces points. Toute la cuisse est douloureuse, tuméfiée ; les veines s'y dessinent. Odeur caractéristique très prononcée. Pouls petit, à 104.

Le 10. Toute la jambe, jusqu'à la partie supérieure du mollet, est noire ; le derme est dur, sonne à la percussion comme une plaque de corne. Dans la partie externe, la mortification remonte jusqu'à quatre centim. au-dessus du genou ; là, l'épiderme est enlevé, le derme est noir, mais a conservé sa mollesse. Dans ces points, les veines paraissent sous forme de traînées noirâtres. Toute la partie supérieure de la jambe est rouge, douloureuse, oedématisée. A la cuisse, coloration normale, sensibilité à la moindre pression. Même état général. Pouls 105 ; langue couverte d'un enduit brunâtre. Pas d'appétit ; soif vive.

Même traitement.

Le 15. La cuisse et la partie supérieure de la jambe sont toujours tuméfiées et douloureuses. Toute la moitié inférieure de la jambe est dure, racornie, noire, insensible. A la face externe, sur laquelle repose le membre, la mortification remonte jusqu'au-dessus du niveau du genou. La partie externe et supérieure du mollet est convertie en un détritus de couleur lie-de-vin, fétide. Les aponevroses et le tendon du biceps sont à nu et soutiennent seuls les lambeaux de chair mortifiée. Le drap est imbibé d'un liquide fétide, couleur lie-de-vin. Les douleurs, les élancements sont un peu moins vifs.

Même état général ; langue plus nette, plus humide. Pas d'appétit, pas de diarrhée. Pouls à 104, un peu plus développé, irrégulier.

Mort le 17 mars, à 6 heures du matin.

Autopsie, 36 h. après la mort.

Habitude extérieure. — Le cadavre a une teinte subicterique et est notablement amaigri, les lèvres sont recouvertes de croûtes herpétiques qui étaient apparues dans les derniers jours de la maladie.

Tête. Le cerveau et ses membranes sont parfaitement sains, sérosité assez abondante, limpide dans les ventricules. Le tronc basilaire et les artères vertébrales sont ossifiés dans une longueur de deux centim. environ ; mais sans être oblitérées.

Poitrine. Les poumons sont sains, présentant, en arrière et à la base, un peu d'engouement hypostatique. Le poumon gauche est fortement adhérent à la paroi costale.

Le péricarde est marqué de quelques plaques laiteuses, traces d'une ancienne péricardite.

Cœur de volume ordinaire, ventricule gauche rempli d'un caillot résistant, non élastique. — Aucune altération

valvulaire, ventricule droit contenant des caillots noirs, diffusés. Nulle altération des valvules. Aorte présentant, çà et là, quelques points d'ossification.

Abdomen. Foie congestionné; aucune trace d'altération dans son tissu. Vésicule biliaire, distendue par une grande quantité de bile normale. Rate volumineuse, sans altération. Estomac et intestin sains. Organes génito-urinaires à l'état normal.

Membres. Les deux membres supérieurs et le membre inférieur droit ne présentent aucune altération. Le membre inférieur gauche a conservé l'aspect qu'il avait sur le vivant et que nous avons décrit dans l'observation; ainsi tout le pied et la jambe, jusqu'à quelques centimètres au-dessous du genou sont noirs, durs, racornis, ont, en un mot, un aspect qui rappelle parfaitement celui des momies d'Egypte. A la partie externe de la jambe, au niveau de la tête du péroné, et au-dessous, existe un large hiatus, qui conduit dans un vaste clapier rempli de pus et d'un détritus, couleur lie-de-vin, fétide. Le creux poplité est plein de pus; les jumeaux et le soléaire sont détruits; il ne reste plus que leurs aponévroses d'insertion, de telle sorte que la partie postérieure de la jambe est divisée en loges remplies, en partie, par un détritus, très liquide, couleur lie-de-vin, débris évidents des fibres musculaires, dont il ne reste pas trace. Au milieu de ce détritus, naissent çà et là de petites plaques jaunâtres, sphéroïdales, qui ressemblent à des taches d'huile ou de graisse liquide. Le creux poplité contient seul du véritable pus. Le tibia et le péroné sont dénudés en certains points.

L'artère fémorale présente des points d'ossification, jusqu'à quinze centimètres au-dessus de l'anneau du troisième adducteur. Le stylet, introduit dans son intérieur, au niveau de l'anneau, y pénètre, mais avec beaucoup de peine; on sent qu'il est très serré. En ouvrant l'artère,

on trouve un caillot noirâtre, élastique, noir à l'intérieur, n'adhérant pas d'abord à la tunique interne ; à partir de l'anneau du troisième adducteur, le caillot prend de la consistance, adhère fortement à la tunique interne, qui s'enlève avec lui et l'enveloppe. Dans toute l'artère poplitée, le caillot est résistant, adhérent à la tunique interne qui est épaissie, sans injection manifeste, et au-dessous de laquelle sont les concrétions calcaires. Le caillot cesse d'être adhérent dans l'artère tibiale postérieure, qui, elle aussi, est ossifiée, et se termine en pointe, à dix centimètres au-dessous de la bifurcation de la poplitée. Rien dans la veine fémorale. La veine poplitée est remplie par un caillot ferme, élastique, dont la couche externe est noire et l'intérieur blanc par intervalle ; les points blancs, ont, du reste, une certaine consistance. La tunique interne est épaissie, mais blanche, sans injection, n'adhérant pas au caillot. Il n'existe pas trace de pus dans les veines. Les nerfs sont parfaitement sains.

En résumé, cette observation me paraît offrir de l'intérêt.

1° Quant au début ; ordinairement la manifestation locale est précédée de douleurs, d'engourdissement dans le membre qui doit en être le siège, et cela, pendant un temps plus ou moins long ; ici, le début est brusque.

2° Quant au traitement, il a été peu énergique ; mais, que faire, en présence d'un tel mal, chez un sujet de cet âge ? Si la mortification se fût limitée, aurait-on dû penser à l'amputation du membre inférieur, au-dessus de l'anneau du troisième adducteur, où la cessation des battements artériels, pendant la vie, indiquait l'oblitération de l'artère fémorale ?

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

XXIV^e ANNÉE.

BULLETIN N^o 5. (Mai 1849).

RÉDIGÉ

PAR MM. BARTH, BOUTEILLER, BROCA, CAUDMONT, CRUVEILHIER, DEVILLE, DUCLOS, HOUEL, MACQUET, POUMET, RICHARD, THIBAUT, et MAILLIOT, SECRÉTAIRE.

SOMMAIRE.

A.—*Extrait des procès-verbaux des séances de la société.*

14 Mai. — 1. Squelette remarquable par l'existence de onze côtes seulement de chaque côté; la première étant réduite complètement à l'état rudimentaire. — 2. Recherches microscopiques sur le cancer de la verge dont il est parlé au n^o 8 de la page 120. — 3. — Kyste de l'ovaire droit.

18 Mai. — 4. *Tænia* long de deux mètres 88 centimètres, rendu au moyen d'une décoction de racine fraîche de grenadier. Communication d'un fait semblable. — 5. Union des trois derniers doigts de la main gauche chez un nouveau-né. — Réflexions pratiques sur cette communication. Citation d'un fait analogue. — 6. Tumeur du petit bassin, probablement consécutive à une péritonite partielle et à une ovarite, suites de couches. — 7. Tubercules pulmonaires. Perforation de la plèvre: siphon métallique. Théorie. Discussion.

B. Absence d'une grande partie du cubitus droit; luxation de l'extrémité supérieure du radius. Fracture et luxation congénitales?

C. Phlegmon diffus de la région cervicale.

D. Phlegmon diffus, occupant la presque totalité des parties molles du cou et de l'isthme du gosier.

E. Tumeur cancéreuse de la voûte crânienne, des glandes du cou, de l'aisselle, des aînes et des deux glandes mammaires, à la face postérieure du sternum, sur le trajet des gros vaisseaux, sous la plèvre dans les poumons, dans le foie et à la surface du pancréas.

(1) La Société n'a pas tenu de séance le 4 mai, vendredi, à cause de l'anniversaire de la première séance de l'assemblée constituante, qui proclama la République.

*Extrait des procès-verbaux des séances de la Société
anatomique.*

Présidence de M. Cruveilhier.

1. — M. Maisonneuve présente les yeux de la Société le tronc d'un squelette employé aux démonstrations anatomiques, dans l'un des pavillons de l'école pratique. Sur ce squelette la première côte des deux côtés n'existe pas, à proprement parler; elle est réduite à l'état rudimentaire. Sa longueur ne dépasse pas deux centimètres. Sa tête est en rapport, comme de coutume, avec la petite facette que présente, pour la recevoir, la première vertèbre dorsale; elle s'appuie, par sa face inférieure, sur une arête développée sur la face supérieure de la côte qui vient immédiatement après. Cette côte, qui devrait être la seconde, et qui est devenue en propre la première, articule de chaque côté avec le sternum, comme le fait, à l'état normal, la première côte. Elle est plus longue qu'elle, et si on la mettait sur un plan horizontal, elle ne le toucherait pas par ses deux extrémités. Il semble qu'elle ait dû s'allonger pour atteindre le sternum, dont la fourchette descend plus bas qu'à l'ordinaire, de sorte que le niveau d'une vertèbre de dos. Aussi, le cor est-il très allongé, et les clavicules forment-elles avec l'axe du thorax un angle assez aigu. Les clavicules et les omoplates ont suivi l'abaissement du sternum.

Les douzièmes côtes sont très-longues.

Discussion. — En présence de ce fait anatomique assez rare, dans lequel il n'existe en réalité que onze côtes, on a lieu de se demander si le squelette appartenait à un individu scrofuleux. Mais on ne trouve aucune trace de cette maladie dans le bassin, ni dans la colonne vertébrale, ni dans les côtes qu'on a sous les yeux, d'où il résulte que les premières côtes ont subi tout simplement un arrêt de développement; ce que les douzièmes côtes, se substituant, pour ainsi dire, à leur place, ont rempli les mêmes usages, et ont servi de point d'appui aux clavicules qui ont dû s'abaisser pour aller à leur rencontre.

Il eût été absolument impossible de trouver dans la première côte rudimentaire; elle eût échappé à la palpation. On n'aurait pu con-

stater l'existence que de onze côtes, et on aurait pu se poser la question de savoir si c'étaient les douzièmes qui manquaient. Nous pensons que le fait que nous venons de signaler rendrait peut-être désormais toute erreur impossible; car l'absence seule de la première côte peut entraîner la déformation du thorax, sur laquelle nous avons appelé l'attention.

2.—M. Blot dit, relativement à la tumeur de la verge qu'a montrée M. Notta, qu'elle lui a présenté à l'œil nu les papilles de la peau très développées, et au microscope, des cellules d'épithélium et des cellules fibro-plastiques à l'état fusiforme.

Ce serait là, pour M. Deville, un fait exceptionnel; car on trouve de ces cellules fibro-plastiques dans les tissus de nouvelle formation.

Ce caractère, suivant M. Gubler, rapprocherait cette tumeur des végétations plutôt que du cancer épithélial proprement dit.

M. Deville ajoute que dans le cancer épithélial proprement dit, dans les cancers de la lèvre, il n'a pas vu des cellules fibro-plastiques.

M. Broca a trouvé des cellules dans le cancer épithélial, à l'utérus, par exemple, où on en trouve à l'état normal.

3.—M. Maillay présente, à l'appui de sa candidature, un ovaire droit enkysté. Cette affection s'était développée à l'âge de 24 ans, à la suite d'une première couche qu'aucune autre n'a suivie. La malade croyait n'être atteinte que d'une simple hydropisie du péritoine. Huit ponctions successives avaient été faites.

M. Maillay introduisit le trois quarts à la partie moyenne de l'espace situé entre l'ombilic et l'épine iliaque. Un liquide clair s'écoula; mais la cavité abdominale ne parut pas diminuée, et il fut aisé de reconnaître, à l'aide de la palpation, qu'il existait dans le ventre des tumeurs inégales. Une ponction nouvelle fut faite vis-à-vis d'une de ces tumeurs, puis enfin une troisième, et l'on constata que chacun des liquides était d'une couleur et d'une consistance différentes. Le premier avait été clair comme de l'eau, le second ressemblait à du bouillon, et le troisième à du chocolat assez clair. Il s'est écoulé en tout une vingtaine de litres de liquide.

La malade est morte, assez rapidement, d'une péritonite suivant les uns, du choléra suivant les autres,

Quoi qu'il en soit, on a trouvé à l'autopsie la tumeur adhérente aux parois abdominales; elle occupait toute la cavité du ventre; elle était formée par des poches nombreuses qui renfermaient des liquides de couleur différente, analogues à ceux qu'on avait obtenus durant la vie.

Un petit kyste commençant existait dans l'ovaire gauche.

M. Bouteiller demande quels résultats a donnés le ventre à la percussion, avant la première ponction faite à l'hôpital.

M. Mailly répond que ces résultats sont les mêmes que dans l'hydropisie ascite, c'est-à-dire résonnance tympanique dans les régions supérieures du ventre, et matité dans les régions inférieures.

4. — M. Botrel fait voir un tœnia long de 2 mètres 88 centimètres rendu par un homme, dans le service de M. Grisolie. On avait administré une décoction de racine fraîche de grenadier (60 grammes pour un litre d'eau, réduite aux deux tiers). A la suite de coliques assez légères, avaient eu lieu trois garde-robes accompagnées de la sortie de quelques débris du tœnia. Une quatrième selle avait été suivie de l'expulsion du reste du tœnia, la tête comprise.

M. Botrel ne saurait dire les symptômes qu'éprouvait le malade avant son entrée à l'hôpital, ni les raisons qui ont porté M. Grisolie à recourir à la racine de grenadier; il a voulu signaler un seul fait : l'efficacité de ce remède.

M. Blot a constaté deux succès semblables par le même moyen.

M. Mailliot a été aussi heureux chez une dame pour laquelle il avait fait apporter de Versailles une racine fraîche de grenadier sauvage.

5.—M. Lemaistre montre la main gauche d'un enfant venu au monde avec les trois derniers doigts unis ensemble. Un tissu celluloso-fibreux très dense fait adhérer ces doigts l'un à l'autre; c'est dire que cette union est intime et médiate. On ne distingue pas sur toute la longueur des doigts, sur le dos de la main, la trace de la séparation du médius, de l'annulaire et de l'auriculaire; c'est à peine si cette séparation se remarque dans le tiers supérieur. L'arcade palmaire superficielle descend plus bas que de coutume, si bien qu'on l'aurait divisée deux fois si l'on avait séparé les doigts avec le bistouri. Les artères collatérales sont, en raison de cette disposition de l'arcade palmaire, plus courtes qu'à l'état normal.

M. Mailliot fait remarquer qu'il existe un rapport entre la naissance des artères collatérales et le point où commence la petite gouttière qui indique la séparation des doigts. Ainsi, tandis que l'une de ces gouttières est plus élevée que l'autre, la partie correspondante de l'arcade palmaire est plus élevée également; elle atteint la hauteur de l'extrémité inférieure de la deuxième phalange. Il serait bon de consulter les faits analogues d'union des doigts, pour constater si l'arcade palmaire se rapproche d'autant plus des phalanges que la ligne de démarcation apparente des doigts est plus élevée. Dans tous les cas, la pièce présentée par M. Lemaistre doit engager le chirurgien à une très grande prudence dans son opération, puisqu'il peut s'exposer à diviser l'arcade palmaire, en portant l'incision jusqu'au milieu des premières phalanges.

M. Moreau raconte que sur plus de trois mille enfants qu'il a vus naître, l'union des doigts ne s'est présentée qu'une seule fois à son observation.

M. Mailliot a constaté l'année dernière, à la Pitié, le fait de l'union des deux derniers doigts à chaque main. Cette union était médiate et lâche, au lieu d'être intime et immédiate, comme celle de M. Lemaistre.

6.—M. Bouteiller consulte la Société sur la nature d'une tumeur du petit bassin, développée entre le rectum et l'utérus, à parois blanches, friables, contenant un liquide jaune-serin, floconneux, et dont les parois sont tapissées, à l'intérieur, de fausses membranes. Cette tumeur remplissait tout le petit bassin, et comprimait les organes voisins. L'ovaire droit est sain. Il en est de même de l'utérus, qui est allongé. L'ovaire gauche est ramolli. L'S iliaque est adhérente au bord supérieur de l'utérus et à l'angle sacro-vertébral. Il existe d'autres adhérences intestinales anciennes.

La personne de qui provient cette pièce anatomique est accouchée de deux jumeaux, le 8 février dernier. Elle avait depuis deux mois une chute du vagin. Elle était entrée à la Pitié (service de M. Piorry), le 12 mai, avec une rétention d'urine. Elle a été surprise par le choléra le 16, et elle a succombé le même jour.

M. Cruveilhier pense que les pièces présentées par M. Bouteiller

sont le résultat d'une péritonite partielle et d'une ovarite ancienne également, consécutive à l'accouchement.

M. Bouteiller se rend à cette opinion.

7. — M. Bouteiller met sous les yeux de la Société un poumon gauche parsemé de tubercules, et dont la plèvre est le siège d'une perforation qui se voit en haut et en dehors. Le malade auquel M. Piorry donnait des soins à l'hôpital, portait depuis longtemps des tubercules dans les poumons. Au commencement de l'année 1849, il sentit, après une toux violente, son état empirer. L'oppression était devenue tout à coup plus considérable. C'est à ce moment que M. Bouteiller fait remonter l'ouverture de la plèvre. Le jour de son entrée à la Pitié (24 mars), on reconnut l'existence des tubercules, d'un épanchement de sérosité peu abondante dans la plèvre et d'une perforation de cette membrane séreuse.

L'auscultation pratiquée après la mort, la percussion faite sur le cadavre apprirent que rien n'était changé dans l'état physique des poumons et de la plèvre. En effet, on entendit, comme on l'avait entendu pendant la vie, le tintement métallique, et on constata que l'hydropleurie était peu considérable. On fit ensuite une fenêtrure sous l'aisselle, afin de bien voir et de marquer sur le poumon la hauteur de l'épanchement, puis on retira ce poumon, et on trouva la perforation bien au-dessus du niveau de l'épanchement.

Quelle explication peut-on donner dans ce cas du tintement métallique ? M. Bouteiller le rapporte aux bords de la perforation. En effet, dit-il, la plèvre est décollée dans une étendue de 5 millimètres tout autour de la perforation, et elle peut vibrer ; 2° Cette perforation est très petite ; elle n'a que deux millimètres de diamètre ; 3° sur le poumon frais qu'on avait retiré de la poitrine, on produisait le tintement métallique, en soufflant dans la bronche ; 4° en soufflant actuellement sur la perforation, on a quelque chose d'analogue au tintement métallique.

M. Deville, rappelant les travaux de MM. Castelneau, Beau, Routier, etc., est d'avis que la théorie du tintement métallique s'explique plus facilement par la rupture d'une bulle de liquide dans la cavité pleurale. Ce qui donne lieu au timbre particulier du tintement, c'est la cavité dans laquelle ce bruit se produit. Il importe

peu que les bulles qui crèvent soient dues à des mucosités qui arrivent directement des bronches dans la cavité pleurale, ou bien que ces mucosités traversent le liquide épanché, pour venir, sous forme de bulles formées par l'air inspiré, crever à la surface du liquide.

M. Cruveilhier défend l'explication donnée par M. Bouteiller. Pour lui, le tintement métallique est le résultat de la vibration de la membrane séreuse. Il cite, à l'appui de cette manière de voir, l'observation d'un malade qui portait des tubercules sous l'une des clavicules. M. Boulland, son interne, entendit un jour un tintement métallique sous cette clavicule. Au niveau de ce tintement existait un son caverneux. M. Cruveilhier ausculta à son tour, et il distingua fort bien un son argentin, de clochette. Il n'y avait pourtant qu'une vaste caverne en communication avec une bronche dont un des bords entraînait en vibration. On cite d'ailleurs des cas dans lesquels le tintement métallique ne se produit pas moins, malgré l'absence d'un liquide. En conséquence, M. Cruveilhier considère une lamelle ou pleurale ou pseudo-membraneuse, comme la cause la plus rationnelle du tintement métallique.

8. — M. Fatou, interne des hôpitaux, donne l'observation d'un homme âgé de soixante-six ans, qui a fait une chute d'un camion à terre (12 mai). Il a perdu connaissance sur le coup; on a remarqué sur la tempe droite une légère contusion et une très petite plaie.

A son entrée à l'hôpital, le 14, on n'a constaté aucune autre lésion. Le malade paraît un peu hébété; ses réponses sont un peu lentes; ses facultés intellectuelles ne sont, peut-être pas troublées.

On lui applique dix sangsues derrière les oreilles, et l'on fait prendre le lendemain 0,10 d'émétique. Quatre jours après, il survient un peu d'agitation; le pouls est lent; il n'y a pas de fièvre. Mais il survient des contractures dans les membres et du coma. La contracture s'étend aux mâchoires, que l'on parvient pourtant à faire écarter, en comprimant le nez au malade. Dans la soirée, le pouls est tout à fait normal; la respiration est libre et lente; la contracture a cessé. Cet état dure toute la nuit; le coma continue. La sensibilité persiste aux quatre membres, et le malade les retire en donnant des signes d'impatience quand on les pince. Le lende-

main, vers les cinq heures du soir, le malade change de couleur, fait quelques inspirations pénibles, et meurt subitement.

À l'autopsie, on ne trouve à la tête qu'un peu de suffusion sanguine vers la partie inférieure et antérieure de la tempe droite. On ne trouve au crâne aucune fracture. Dès que la scie pénètre à droite, il s'écoule du sang noir et ulcéré. On trouve un épanchement de sang assez considérable entre les deux feuillets de l'arachnoïde et dans le tissu de la pie-mère : cet épanchement occupe tout le côté droit. Le sang, évalué en poids à 60 ou 80 grammes, est noir, forme des caillots assez adhérents. Son aspect prouve qu'il est épanché depuis longtemps. Le cerveau présente à la partie antérieure du lobe gauche un espace de deux à trois centimètres de diamètre et de quatre à six millimètres de profondeur, où les circonvolutions ont perdu leur consistance. La pulpe se laisse entraîner par un filet d'eau sous forme de flocons rouges noirâtres. Autour de cette partie noire se voit une couche colorée en jaune abricot, dans l'épaisseur de quelques millimètres.

La partie externe et inférieure du lobe moyen gauche offre la même altération dans une étendue de 0, m. 015 environ. Vers la partie externe du lobe droit, même altération du volume d'un pois.

Une coupe antéro-postérieure médiane montre dans le tissu du pont de Varole trois ou quatre petits caillots noirs, dont le plus grand a cinq ou six mètres de longueur, sur deux environ de largeur. Pas d'injection notable de la substance cérébrale.

La boîte du crâne, débarrassée des caillots assez adhérents qu'elle contient, ne présente aucune fracture.

M. Cruveilhier fait remarquer la forme striée de l'épanchement dans la protubérance.

Absence d'une grande partie du cubitus droit ; luxation de l'extrémité supérieure du radius. Fracture et luxation congéniales ?

Par M. A. DEVILLE. (18 mai 1849.)

Cette difformité singulière a été trouvée sur un vieillard d'ailleurs bien constitué, maigre, de haute taille, dont le corps a été apporté à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux. Tous les membres, à l'exception de l'avant-bras droit, étaient réguliers et bien conformés. Les tibias étaient redressés et plus droits que de coutume, plutôt que recourbés. Nulle trace de lésion osseuse sur le corps.

L'avant-bras droit est de beaucoup plus court que le gauche, et à peu près aussi volumineux, sauf qu'il est très concave sur son bord cubital. Si on cherche à lui imprimer des mouvements, on fait exécuter facilement la flexion, l'extension, la pronation et la supination ; tous ces mouvements sont même bien plus faciles que sur l'autre avant-bras. La flexion de l'avant-bras droit sur le bras se passe en partie sur le lieu normal de l'articulation, et en partie sur la face externe, à plus de six centimètres au-dessus du niveau de l'articulation ; la dissection de la pièce explique très bien ce fait, en montrant que l'extrémité supérieure du cubitus est articulée normalement avec l'humérus, tandis que le radius est luxé en haut et en dehors, sur la face externe de l'humérus. Lorsqu'on fait exécuter à la main des mouvements de pronation et de supination, on constate déjà à travers la peau que le radius au lieu d'être articulé normalement par sa cupule avec l'humérus, remonte par en haut sur la face externe de ce dernier os, en formant là et assez profondément sous les muscles, une saillie longitudinale, facile à délimiter, et qui suit le radius dont elle est la prolongation dans tous ses mouvements. A part cette

saillie dans sa partie externe et inférieure, le bras droit a la même longueur et le même volume que le bras gauche. Il en est de même pour les mains, qui sont aussi bien développées l'une que l'autre.

La peau qui recouvre l'avant-bras difforme est tout-à-fait saine, souple, mobile. Aucune trace de cicatrices, d'adhérences, d'altération quelconque, ne se remarque en aucun point. Ainsi, il n'y a eu dans cet avant-bras aucune solution de continuité ni accidentelle, ni faite pendant une opération ; ceci est important à noter.

Vu la maigreur générale du sujet, on peut très bien suivre par la palpation le radius à travers les parties molles qui le recouvrent. De bas en haut, on constate d'abord qu'en arrivant vers son tiers supérieur, le radius se recourbe de manière à former une convexité externe très marquée ; et aussitôt le radius dépasse le niveau de l'articulation huméro-cubitale, pour s'appliquer contre la face externe de l'humérus. Le radius se termine à 4 centim. au-dessus du niveau de cette articulation, et l'on sent très bien la cupule terminale, au-dessus de laquelle le doigt enfonce les parties molles comme dans une dépression.

Si l'on palpe ensuite la partie interne de l'avant-bras, à travers la concavité si particulière de cette face interne, on est tout surpris de ne pas trouver de cubitus, dans ses deux tiers inférieurs. Ce n'est que par en haut, près de l'articulation huméro-cubitale, que l'on trouve une masse osseuse difficile à définir dans sa forme, terminée par un olécrâne régulier et se mouvant sur l'humérus, comme le ferait le cubitus lui-même. — Par ce seul examen déjà, on peut affirmer qu'une grande partie du cubitus manque, et qu'il y a une luxation externe de l'extrémité supérieure du radius.

La dissection de cette pièce intéressante a été faite mi-

natiennement, et je vous en présente le résultat dans tous ses détails.

La peau, comme on pouvait le constater par l'inspection extérieure, est partout saine.

Le tissu cellulaire sous-cutané est très sain, et renferme des veines superficielles bien normales, une céphalique, une salvatelle, très normales, des radiales, des cubitales et une médiane, qui se bifurque un peu au-dessous du niveau de l'articulation huméro-cubitale, comme d'habitude.

L'aponévrose d'enveloppe offre les mêmes particularités que d'ordinaire; seulement elle est déprimée longitudinalement, dans une profondeur de près d'un centimètre, dans le lieu qui devrait correspondre au cubitus, surtout dans sa partie inférieure, entre les deux muscles cubital antérieur et cubital postérieur.

Les muscles de l'avant-bras sont tous au grand complet, et tous à leur place. Toutes leurs insertions sont régulières, malgré l'absence réelle d'une grande partie du cubitus; cela tient à ce que la portion absente de l'os est remplacée par un gros cordon fibreux, comme cela sera dit plus loin, et que l'aponévrose interosseuse existe comme d'habitude, tendue entre le radius, d'une part, et d'autre part les portions restantes du cubitus ou le cordon fibreux qui en remplace la partie absente. Les seules différences à noter entre ces muscles et des muscles normaux sont les suivantes :

1° Les muscles radiaux externes, soulevés près de leur insertion à l'humérus par la tête déplacée du radius, sont amincis, et leur face profonde est séparée du radius par une cavité synoviale lâche et très lisse.

2° Entre le muscle cubital antérieur et le cubital postérieur, existe une dépression, comme nous l'avons vu, au lieu et place du bord saillant du cubitus, que l'on voit et

sent d'habitude entre les deux muscles. Au fond de cette dépression est une forte aponévrose intermusculaire, donnant attache aux muscles, et se perdant presque aussitôt dans le gros ligament fibreux, suppléant le cubitus.

3° Le court supinateur est régulier, et n'offre d'autre anomalie que la direction très-ascendante de ses fibres en haut et en dehors, pour s'enrouler autour de l'extrémité supérieure du radius déplacée jusqu'au col de l'os; car la cupule et la tête de l'os sont placées à un niveau supérieur, et recouvertes seulement par les muscles radiaux externes amincis.

4° Le carré pronateur est extrêmement court; il s'attache au radius, se porte en dedans, et après un trajet de un centimètre à un centimètre et demi, il se jette, non pas même sur le cordon fibreux supplémentaire du cubitus, qu'il n'atteint pas, mais sur l'aponévrose interosseuse, qui est renforcée en ce lieu par quelques fibres aponévrotiques verticales.

Cet état normal de la disposition des muscles de l'avant-bras, alors que la plus grande partie du cubitus manque, est sans contredit un des détails les plus remarquables parmi ceux que nous présente en si grand nombre cette pièce.

Sur la pièce telle que je l'ai apportée à la Société, on voyait très bien les os et les articulations mis à découvert. Cependant j'ai cru devoir faire macérer la pièce, pour pouvoir la décrire avec plus de précision encore après l'enlèvement complet des muscles.

L'humérus est parfaitement sain et régulier. A son extrémité inférieure, on trouve la trochlée normale, articulée, comme d'habitude, avec le crochet de l'extrémité supérieure du cubitus. En dedans de l'épitrôchlée, se trouve la tubérosité interne ou épitrôchlée bien conservée, et donnant attache au ligament latéral interne de l'articu-

lation, et puis aux muscles. En dehors de la trochlée se voit la petite tête humérale ou condyle, qui est la seule partie un peu modifiée de l'humérus ; elle est bien à sa place normale, mais presque entièrement dépouillée de son cartilage d'incrustation, et sensiblement plus petite qu'elle ne devait l'être ; sa surface, quoique non cartilagineuse, est assez lisse, parce qu'elle est contournée et embrassée par un fort ligament substitué au ligament annulaire du radius, dont il sera question tout à l'heure, et qui glisse sur elle dans les mouvements de flexion et d'extension. Plus au dehors encore se voit l'épicondyle, un peu plus petit que d'ordinaire, donnant cependant attache aux muscles habituels, et au ligament latéral externe de l'articulation. Ce ligament latéral externe, à partir de son origine, est horizontal, et va se jeter sur le gros ligament substitué au ligament annulaire du radius.

Le radius bien complet, mesuré le long de la convexité de sa courbure, a près de 22 centimètres de long. La corde de l'arc qu'il décrit a environ 20 centimètres, et la flèche mesurée de la corde au point le plus saillant de la convexité, est de trois centimètres. La courbure du radius est telle que sa convexité regarde en dehors, et la concavité en dedans vers le bord cubital de l'avant-bras. Avant que l'os fût complètement à nu, on aurait pu croire que cette courbure n'existait que vers la partie supérieure ; mais le radius étant isolé, on voit que la courbure existe dans toute l'étendue de l'os. La diaphyse a son épaisseur, et sa forme prismatique ordinaire ; le tissu osseux qui la compose est sain. Un trait de scie longitudinal l'ayant divisé en deux moitiés, l'une antérieure, l'autre postérieure, on remarque à l'intérieur de l'os un canal médullaire régulier, et vers la concavité de la courbure, le tissu compacte enveloppant le canal, n'est pas plus épais que vers la convexité. L'extrémité supérieure du radius n'est pas en

rapport avec le condyle huméral; elle est luxée en haut et en dehors, et remonte à plus de quatre centimètres au-dessus du niveau de l'articulation du coude. A son point culminant, elle ne touche pas la face externe de l'humérus; elle est placée plus en dehors, et rejetant le muscle long supinateur en avant, elle soulève en dehors les muscles radiaux-externes amincis qui la coiffent, et dont elle est séparée, par, une cavité synoviale lâche. Nous allons voir tout à l'heure comment elle est maintenue dans cette position. La cupule petite et un peu déformée est entièrement dépourvue de cartilage d'incrustation, et elle est hérissée de quelques aspérités osseuses assez lisses, entre lesquelles s'implantent plusieurs des fibres du gros ligament substitué au ligament annulaire. La tubérosité bicipitale est normale. L'extrémité inférieure saine n'offre rien de particulier à noter.

Le cubitus manque en grande partie. Il n'en reste qu'un fragment de l'épiphyse inférieure, et toute l'épiphyse supérieure, continue avec un fragment de cinq à six centimètres de long de la diaphyse. Entre ces deux extrémités, les deux tiers environ du cubitus manquent et sont remplacés par un gros cordon fibreux. — L'épiphyse inférieure comprend l'apophyse styloïde, continue avec une petite masse osseuse externe, placée au-dessus du ligament pyramidal, et articulée normalement avec la petite cavité sigmoïde du radius, le tout surmonté d'une longue aiguille osseuse mince, longue de trois centimètres, qui remonte dans l'épaisseur du gros cordon fibreux, supplantant le cubitus. — L'extrémité supérieure comprend une masse osseuse dans laquelle il faut distinguer le crochet cubital, et au-dessous une portion osseuse appartenant à la diaphyse. Le crochet cubital compris entre l'olécrâne et l'apophyse coronoïde est à peu près normal; seulement il est incliné dans son plan général, un peu en dehors et en

avant, de telle sorte que l'apophyse coronoïde est placée sur un plan notablement plus externe que l'olécrâne. Ce crochet est continu par en bas, avec une masse osseuse pyramidale, longue de six centimètres environ, qui va en s'amincissant de haut en bas, et donne attache par son sommet inférieur au gros cordon fibreux suppléant le cubitus. Au point d'attache de ce cordon avec le sommet de cette masse osseuse, on remarque un noyau osseux, isolé dans l'épaisseur du cordon fibreux, noyau un peu irrégulier, du volume et presque de la forme d'une petite amande. Le sommet inférieur de la masse osseuse est comme coupé en biseau, le long duquel font saillie de petites productions osseuses irrégulières. Toute cette masse osseuse et le crochet donnent régulièrement attache aux muscles qui s'insèrent normalement à l'extrémité supérieure du cubitus. — Tout le reste de l'os est remplacé par un gros cordon fibreux vertical, un peu concave en dedans, de deux à trois millimètres d'épaisseur environ. — La direction de l'épiphyse inférieure est normale. Celle de la masse osseuse verticale est oblique en bas et en dehors, et son sommet inférieur vient presque toucher la concavité du radius, avec lequel elle ne s'articule pas cependant. De la direction oblique de cette masse osseuse et de la direction verticale avec un peu de concavité du cordon fibreux suppléant le cubitus, jointes à la courbure du radius, résulte la concavité interne, si prononcée de l'avant-bras.

Dans toutes les articulations de ces os entre eux, il n'y a qu'une particularité qui mérite d'arrêter un instant, c'est celle relative aux moyens d'union de l'extrémité supérieure luxée du radius. Toutes les autres articulations sont à peu près normales. L'aponevrose interosseuse de l'avant-bras, un peu plus étroite que d'habitude, est à part cela, normale, et insérée d'une part sur le radius,

d'autre part sur la masse osseuse supérieure du cubitus, et puis sur le cordon fibreux suppléant l'os.

L'extrémité supérieure du radius, placée à quatre centimètres au-dessus et en dehors de sa place normale, est maintenue en place et empêchée de remonter par un gros ligament aplati, qui n'est autre chose qu'une modification du ligament annulaire normal. Ce gros ligament s'insère sur l'extrémité supérieure du cubitus, à l'apophyse coronoïde et à une production osseuse, qui occupe la place de la petite cavité sygmoïde. De là il remonte en haut et en dehors, entre le radius, derrière la tubérosité bicipitale, qu'il ne touche pas, et la petite tête humérale sur laquelle il se moule et glisse par l'intermédiaire d'une cavité synoviale continue avec la cavité synoviale de l'articulation du coude. En remontant ainsi, ce ligament arrive à la face interne du col du radius. Là il se divise en plusieurs portions : l'une, peu forte, entoure, en forme de cravate le col du radius, comme le fait le ligament annulaire dans l'état sain ; une autre s'insère directement à la partie interne de la cupule radiale ; les autres passent par-dessus la cupule, et viennent s'insérer entre les aspérités osseuses qui couvrent cette cupule, en comblant les intervalles de ces aspérités, de telle façon que l'ensemble de la cupule radiale, au lieu d'être rugueux, est ainsi assez lisse, pour frotter contre les muscles dont le sépare une synoviale lâche.

Telle est la pièce. Reste maintenant à expliquer comment cette lésion bizarre a pu se produire.

On pourrait supposer que le cubitus a été absorbé. Mais quelle est la maladie qui pourrait produire un résultat pareil ? — Une ostéite ? Comment le supposer, et d'ailleurs il n'y en a pas de traces. — Le rachitisme ? Aucun fait positif n'a encore prouvé la possibilité de la disparition d'un os par le fait de cette maladie ; et puis,

d'ailleurs, nulle part il n'y avait trace du rachitisme. La courbure du radius n'est pas rachitique, ce que prouve l'égalité d'épaisseur du tissu compacte sur la concavité et la convexité de cette courbure. — Une absorption d'une nature inconnue? Mais avant de se laisser illusionner par cette prétendue explication, qui n'explique rien, il faut voir s'il n'y aurait pas une explication plus plausible. Or, à mon sens, il est possible d'interpréter très-raisonnablement le fait que nous avons sous les yeux.

D'abord il est très probable que la lésion est congéniale; elle en a tous les caractères, sur lesquels je n'ai pas besoin d'insister, car il ne peut guères y avoir de contestation.

Maintenant il est certain qu'il y a luxation du radius, et cette luxation sans altération des os est due évidemment à une action mécanique. Mais une action mécanique ne peut évidemment produire une luxation pareille et isolée du radius, qu'en fracturant le cubitus. Ainsi, à mon sens, pendant la vie intra-utérine, il y aurait eu, par suite d'une action mécanique quelconque, fracture du cubitus droit, et luxation en dehors et en haut du radius correspondant. Pour un motif parfaitement acceptable, la fracture du cubitus ne se serait pas consolidée, et il y aurait eu formation de produits fibreux entre les fragments. Plus tard, le développement du radius aurait produit l'allongement de l'avant-bras, et les deux fragments non réunis du cubitus se seraient écartés de plus en plus pour en arriver au point où nous les voyons maintenant. Le radius ayant à supporter seul le poids de l'avant-bras et de la main, et sollicité constamment par la masse musculaire placée en dedans de lui, aurait par cela seul subi la courbure qu'il présente.

J'expose ici une simple hypothèse, mais une hypothèse qui me semble se concilier mieux que toute autre avec

l'ensemble des particularités caractéristiques de la lésion que je mets sous vos yeux.

M. Cruveilhier demande si le sujet auquel a appartenu le membre qui vient d'être décrit n'était pas rachitique. M. Deville répond que M. Jules Guérin a émis cette opinion mais qu'il ne saurait la passer, n'ayant trouvé sur le cadavre aucune trace de rachitisme.

M. Cruveilhier serait alors disposé à penser qu'il s'agit ici d'une luxation congénitale dont la constance rend suffisamment compte et de la courbure de l'os et de son augmentation de volume.

M. Deville répond que l'os ne s'est pas développé.

M. Cruveilhier ajoute qu'il faudrait admettre alors que la fracture ne s'est pas consolidée pendant la vie intra-utérine; il croirait plutôt qu'il n'a pas existé de fracture.

Phlegmon diffus de la région cervicale.

Par M. Lénier, interne des hôpitaux, (novembre 1848).

La nommée Bourgeois, âgée de 77 ans, veuve, sans enfants, entra à l'infirmerie de la Salpêtrière, salle St-Denis, n° 19, le 13 septembre 1848.

Cette femme, d'une constitution chétive, présentait des symptômes d'emphysème pulmonaire et d'une affection du cœur peu prononcée, tels que étouffements, battements irréguliers, sans souffle ni enflure des jambes, et de plus, des coliques à l'épigastre.

Elle fut atteinte, quelques jours plus tard, d'une pneumonie du côté gauche qui n'offrit rien de remarquable; une potion stibiée (0, 30) et un vésicatoire sur le côté malade suffirent pour éteindre cette inflammation peu intense.

Pendant la convalescence de la pneumonie, vers les derniers jours de septembre, les signes d'irritation du côté de l'estomac, parurent s'aggraver; il y eut plusieurs vomissements, la langue devint sèche, la soif vive, l'épigastre très sensible à la pression; on appliqua deux fois des sangsues à un intervalle de trois jours; la première fois dix, la seconde six; il s'ensuivit une amélioration sensible. La malade néanmoins ne revint pas à un état complet de santé;

l'affaiblissement persista, et avec lui une langueur de toutes les fonctions, bien facile à concevoir chez une femme de cet âge, surtout après plusieurs maladies.

Elle était donc restée dans les salles, lorsque, le 24 octobre, elle attira de nouveau l'attention. Elle se plaignait d'éprouver des douleurs dans la jambe et la cuisse, du côté droit. Le membre examiné offrit une teinte violacée, prononcée, surtout au pied, et remontant, sous forme de marbrure, jusqu'à quatre ou cinq pouces environ du pli de l'aîne. La douleur qui remontait jusqu'à la crête iliaque avait son maximum dans le bout du pied. Le membre était plus volumineux que celui du côté gauche; la dos du pied était un peu oedémateux au niveau des métacarpiens; la veine saphène était gonflée et tendue près de la malléole; enfin, il y avait absence de battements artériels au pli de l'aîne, et les doigts pouvaient sentir, au-dessus de ce point, un cordon solide sur le trajet des vaisseaux fémoraux, cordon qu'on pouvait rapporter aussi bien à la veine qu'à l'artère. La température du pied, point important, n'était pas sensiblement changée. Pouls radial faible, peu accéléré; langue sèche.

L'oedème commençant du membre, sa teinte générale, le gonflement de la saphène firent tout d'abord penser à une oblitération veineuse; mais l'absence de battements artériels, au pli de l'aîne et au creux poplité, vint compliquer le diagnostic, qui fut: oblitération des deux vaisseaux, veine et artère.

L'expérience démontra plus tard la précision de ce diagnostic. On prescrivit: tilleul additionné de bicarbonate de soude, 3 grammes par pot, une pilule de chlorhydrate de morphine, compresses laudanisées sur le membre. — Bouillon.

Le 25. — Le membre est dans le même état; mais le pied est sensiblement refroidi, les douleurs sont

très vives. Toujours absence des battements de la fémorale et de la poplitée. Une pilule de morphine (1 centigr.) toutes les deux heures, tant que les douleurs persistent. Le soir du même jour, à six heures, la température du pied sain étant de 35° et demi centigrades, celle de la plante du pied malade est 25° et demi. — Différence 10 degrés.

Le 26.—La coloration bleuâtre a disparu du membre ; elle est bornée au pied, la température semble un peu relevée, les douleurs sont beaucoup moins vives. La nuit a été calme ; il y a eu plusieurs heures de sommeil, le gonflement paraît aussi avoir un peu diminué. La sensibilité tactile est obtuse sur la cuisse et la jambe, et complètement abolie au pied. La langue est toujours très sèche et le pouls petit. Vin de Collioure 60 grammes. Le soir, la température du pied malade est de 26° et demi.

Le 27.—Le pied est encore froid ; l'œdème sur la face dorsale, près des orteils, est un peu augmenté, la coloration cyanosée est bornée aux orteils ; les douleurs sont toujours moins vives ; on continue les pilules de morphine. Le soir, le pied et la jambe sont très froids. On les enveloppe d'ouate, après les avoir garnis de compresses laudanisées, chauffées ; un rouleau rempli d'eau chaude est placé le long de la jambe.

Le 28.—La chaleur est revenue dans la jambe et même dans le pied ; mais elle paraît artificielle ; la sensibilité est toujours nulle, la face inférieure des orteils tout à fait violette.

Le 30 et 31.—Même état, ce dernier jour, l'ecchymose des orteils remonte un peu sur le dos du pied.

Le 1^{er} novembre.—Les douleurs sont de nouveau fort vives. La malade, pendant la visite, pousse des cris. Deux pilules de morphine toutes les deux heures ; quatre gouttes de laudanum, à boire dans un verre d'eau ; la journée est calme. La malade prend huit pilules.

Le 2. — Le froid remonte jusqu'au genou, le calme continue, mais il y a des nausées ; les nausées augmentent les jours suivants ; elles sont suivies de vomissements, la diarrhée survient.

Le 8. — Les marbrures livides vont, de nouveau, au-dessus du genou, jusqu'à la moitié de la cuisse ; le refroidissement a ses mêmes limites ; mais on peut dire qu'il devient général ; les mains sont glacées, l'affaissement est considérable ; la diarrhée a continué, la langue est sèche, le pouls misérable, à peine sensible. Mort à trois heures de l'après-midi.

Autopsie. — Le 10 novembre, à 10 heures du matin.

Cœur. — Les cavités du cœur contiennent des caillots mous et noirâtres. L'orifice aortique présente un léger rétrécissement dû à l'accroissement de deux valvules contiguës dans le quart environ de leur étendue.

L'artère pulmonaire contient un caillot volumineux, espèce de demi-cylindre se terminant en biseau et en pointe vers les valvules sigmoïdes. Sa face plane répond aux oreillettes sur lesquelles elle est couchée. Ce caillot blanc-jaunâtre, fibrineux, est formé de couches stratifiées ; il se prolonge dans les deux branches de bifurcation et les ramifications pulmonaires de l'artère ; mais en se prolongeant, il se rapproche davantage de la forme cylindrique ; ainsi dans les branches de bifurcation, il offre seulement une gouttière à sa partie supérieure, tandis que les ramifications pulmonaires sont pour la plupart complètement obstruées. Les branches obstruées sont celles qui se distribuent au lobe inférieur de chaque poumon et à la moitié inférieure du lobe moyen droit ; les branches qui se répandent dans les lobes supérieurs sont libres.

L'aorte offre, dans toute sa longueur, des plaques calcaires encore peu épaisses, et de plus, vers sa terminaison, au niveau de la mésentérique inférieure, une dila-

tation anévrysmale occupée par un caillot bien organisé ; la mésentérique est seulement rétrécie à son origine.

Les carotides offrent un commencement de dépôt calcaire qui se retrouve encore dans les artères du cerveau. L'artère splénique, à un pouce environ de la rate, est dilatée, du volume d'une noisette ; la dilatation est béante et due à des concrétions calcaires.

Les artères du membre abdominal droit (iliaques, fémorale, poplitée, etc.) sont oblitérées par un caillot.

L'oblitération commence à un pouce de la bifurcation de l'aorte et s'étend jusqu'à la terminaison du tronc tibio-péronier. Le caillot dans l'iliaque primitive est décoloré et a subi un commencement d'organisation ; il reprend sa coloration et diminue de densité à mesure qu'on descend ; le caillot est faiblement adhérent aux parois des artères, la membrane interne offre une teinte rouge prononcée.

La tibiale postérieure, la péronière, la tibiale antérieure et la pédieuse sont perméables, et sans altération notable.

Les veines du même membre sont aussi oblitérées, et toutes le sont ; l'oblitération commence à peu près au même niveau que dans les artères, précisément au point où l'artère iliaque primitive croise en avant la veine du même nom, pour se placer en dehors de celle-ci. Le caillot s'étend ainsi dans les veines iliaques, primitive et externe, crurale, saphène, interne et externe, tibiales, péronières, etc. jusqu'au pied ; mais arrivé là, il a beaucoup moins de consistance ; il est mou et diffus.

La coloration violacée de la peau, qui, dans les derniers moments de la vie, remontait jusqu'à la moitié de la cuisse, a disparu ; elle est bornée aux orteils et à une petite portion de la face dorsale du pied. Les muscles du membre, en général, mais surtout de la jambe, sont plus foncés, plus mous et infiltrés de sang noir.

Les poumons sont emphysémateux, gorgés de sang noir ;

le bord postérieur du gauche, vers la partie moyenne, présente une caverne remplie de sang noir, au milieu de laquelle flotte un lambeau long de trois pouces, d'aspect gangréneux, mais sans odeur ; cette caverne, qui a le volume d'un petit œuf, a sa paroi postérieure constituée seulement par le feuillet pulmonaire de la plèvre ; elle est complètement superficielle ; le tissu du poumon qui l'entoure, en avant et sur les côtés, est induré.

L'estomac est le siège d'une inflammation ancienne ; la muqueuse offre une coloration gris-brun, elle est parsemée d'un pointillé vasculaire, très fin ; adhérente et ramollie ; le grattage avec le scalpel ne peut la détacher que par lambeaux très petits.

L'intestin grêle ne présente rien de particulier.

Cœcum. — La muqueuse est rouge et couverte de petites ulcérations à fond grisâtre, comme gangréneuses ; elle est également ramollie.

La muqueuse du rectum est encore plus rouge ; elle offre çà et là des grumeaux blanchâtres, pseudo-membraneux ; elle ne s'enlève que par lambeaux de six lignes.

Rate extrêmement ramollie, diffuse.

Foie un peu congestionné. On trouve à la face inférieure du lobe de Spigel, sous la capsule de Glisson, et comme enclavée dans le tissu du foie, une concrétion très dure, très dense, presque éburnée, du volume d'une noisette. Une autre concrétion semblable, mais beaucoup plus petite, siège sur la face convexe dans la capsule même de Glisson.

Phlegmon diffus occupant la presque totalité des parties molles du cou et de l'isthme du gosier.

Par M. NARBONNE, int. des hôp. (Janvier 1849).

Le 10 janvier 1848 est entré à l'hôpital de Bon Secours le nommé Maubant Romain, âgé de quarante-deux ans,

scieur de long. Cet homme était d'un tempérament sanguin fortement prononcé, d'une constitution très-vigoureuse; il jouissait ordinairement d'une bonne santé.

Le 3 janvier, après avoir beaucoup travaillé dans la journée, il fut pris, en rentrant chez lui, de légers frissons, qui revenaient par instants, d'un peu de céphalalgie; il perdit l'appétit, et ressentit en même temps un peu de chaleur et de douleur dans la gorge.

La respiration était un peu plus gênée que d'habitude. Cependant le malade ne toussait pas, ou du moins la toux était extrêmement rare; l'expectoration était à peu près nulle.

Les jours suivants, ces symptômes ont augmenté avec beaucoup d'intensité; la chaleur et la douleur de la gorge étaient extrêmes; le malade ne pouvait tourner la tête sans accroître les douleurs. La respiration est devenue très gênée, et ne voyant aucune amélioration survenir dans son état, il s'est décidé à entrer à l'hôpital de Bon-Secours le 10 janvier. Il n'a fait aucun traitement pendant le temps qu'il est resté chez lui; ses forces n'étaient pas beaucoup diminuées; car il a fait le trajet à pied jusqu'à l'hôpital. Ce malade a été vu à quatre heures de l'après-midi, et il présentait alors l'état suivant: la face était rouge, fortement congestionnée, les yeux larmoyants; l'anxiété était extrême, la respiration très difficile et très-pénible. La tête droite, plutôt renversée en arrière qu'en avant. La peau était recouverte d'une sueur abondante, visqueuse et froide vers les extrémités des membres. Le pouls était petit et fréquent.

Le cou présentait un gonflement considérable, gonflement à peu près uniforme dans tous les points, d'un blanc mat, œdémateux, conservant parfaitement bien l'empreinte des doigts. Les creux sus-claviculaires étaient effacés, et on y constatait les gonflements œdémateux dont je viens de parler.

En ouvrant la bouche du malade, ce qu'il exécutait très difficilement et avec beaucoup de douleur, on constatait en abaissant la base de la langue, une rougeur vive de la muqueuse de cet organe ; les pupilles étaient plus saillantes que dans l'état normal. Cette rougeur s'étendait jusque sur les piliers du voile du palais et sur les amygdales, qui présentaient en outre un léger gonflement, celle de gauche surtout.

Le pharynx était d'un rouge-vif ; sa paroi postérieure était tellement tuméfiée qu'elle venait, pour ainsi dire, toucher les piliers du voile du palais. L'exploration de la poitrine ne faisait rien connaître de particulier. Le son était clair dans toutes les parties ; à l'auscultation, on entendait le bruit respiratoire affaibli, et dans quelques points un léger râle muqueux.

Application de quinze sangsues autour de la mâchoire.

Le malade a succombé à dix heures, c'est-à-dire six heures après que j'ai eu constaté l'état que je viens de décrire. Il est mort, pour ainsi dire, tout à coup, presque sans agonie. La mort est survenue au moment où, après avoir demandé à boire à l'infirmier, il cherchait à prendre la boisson que ce dernier lui présentait.

Autopsie.—Elle a été faite 36 heures après la mort. La peau qui entoure le cou ayant été enlevée, on trouve au-dessous du pus infiltré dans le tissu cellulaire. Nulle part, ce pus n'est réuni en collection ; il est encore à l'état concret.

La langue est tuméfiée. Les follicules qui existent à la base sont hypertrophiés. Les vaisseaux sont très apparents. Le pharynx est très-injecté ; il présentait, si on se le rappelle, une rougeur vive sur le vivant ; mais au moment de l'autopsie, cette rougeur a disparu, et a été remplacée par une rougeur violacée.

De toutes parts, autour du pharynx, quantité conside-

nable de pus; il en existe entre la paroi postérieure de cet organe et les muscles prévertébraux; mais ici, comme dans les parties superficielles, il est seulement infiltré; les muscles du pharynx sont manifestement tuméfiés.

Le pus s'est également infiltré dans le tissu cellulaire qui se trouve autour des vaisseaux et de l'œsophage, et longeant ces organes, s'est porté jusque dans les médiastins antérieur et postérieur. Dans le médiastin postérieur, on peut le suivre jusqu'à la racine du poulmon. Ici, comme dans les autres régions indiquées, le pus est à l'état concret.

Il n'y a pas de traces de pleurésie. Les poulmons présentent un peu d'engouement; mais ce n'est pas l'engouement inflammatoire, mais bien celui qui existe chez les sujets chez lesquels il y a eu une gêne bien marquée de la respiration.

Le cœur présente un volume normal; sur sa face antérieure quelques plaques laiteuses, indices d'une péricardite ancienne. Les cavités sont gorgées d'un sang noir, coagulé en partie.

Les autres organes ne présentent rien de particulier.

Tumeur cancéreuse de la voûte crânienne, des glandes du cou, de l'aisselle, des aines et des deux glandes mammaires, à la face postérieure du sternum, sur le trajet des gros vaisseaux, sous la plèvre, dans les poulmons, dans le foie et à la surface du pancréas.

Par M. DUCLOS, interne des hôpitaux.

La nommée Nageotte, âgée de 46 ans, entrée salle Ste-Anne, n° 16, le 8 juin, à la Salpêtrière, est morte le 10 du mois suivant.

Son père est mort à l'âge de 53 ans, après avoir été malade pendant six mois. Les renseignements de la maladie sur son père, qui était atteint d'ictère, et avait des

grossecr dans le côté droit, font supposer qu'il est mort d'une affection cancéreuse du foie. Sa mère est morte à l'âge de 30 ans, après avoir été malade quatre ans.

Elle avait eu de fréquentes pertes utérines, et fut hydropique pendant les derniers mois. Il est à supposer qu'elle est morte d'une affection cancéreuse de l'utérus. La grand'mère maternelle est morte à cent-trois ans de vieillesse, le grand-père maternel de la malade est mort jeune d'une maladie dont on ne sait pas le nom. On n'a pas de renseignement sur la mort des aïeux du mari de la malade.

Depuis 15 mois, la malade n'était plus réglée ; la menstruation chez elle s'était toujours bien faite.

Elle fait remonter l'origine de sa maladie au mois de février 1843. Elle eut alors de violents maux de tête, des vomissements qui se répétèrent plusieurs fois en un jour. Ces maux de tête par leur violence l'obligeaient à crier.

A ce moment elle attendait ses règles ; le médecin appelé retarda de trois semaines une saignée qu'il jugeait convenable de faire.

Malgré cela, les maux de tête furent habituels pendant quelque temps mais ils disparurent peu à peu.

Cependant, dès ce mois de février 1843, la malade s'aperçut qu'elle portait sur le sommet de la tête plusieurs petites tumeurs de la grosseur d'une fibrisette, situées dans le cuir chevelu. Ces tumeurs ont ensuite rapidement augmenté et se sont peu à peu réunies entr'elles. — Peu de temps après l'apparition des tumeurs de la tête, la malade s'aperçut, (elle ne peut préciser l'époque), qu'elle portait une tumeur analogue dans la glande mammaire du côté droit. Cette dernière n'a augmenté que lentement ; mais au bout de quelques mois, elle a pris tout-à-coup un accroissement considérable. Après dix mois, elle était rouge à toute sa surface, la peau s'est ulcérée plus tard.

Après cette époque, des tumeurs cancéreuses ont successivement paru dans les ganglions lymphatiques, sur le trajet du grand pectoral, au-dessous des clavicules, à la région antérieure du cou, dans les deux aines. Des noyaux cancéreux se sont en outre développés à la partie supérieure et externe de la mamelle gauche.

En même temps la tumeur du sein droit devenait grosse comme une tête d'adulte, plus développée en largeur et en hauteur qu'en épaisseur. La peau couvrant cette tumeur s'ulcéra six mois avant la mort; ce n'était d'abord qu'une simple excoriation d'où s'écoulait un léger suintement séreux. La peau ulcérée n'a jamais présenté le caractère tranché d'un ulcère cancéreux bien déterminé, c'est-à-dire que la peau semblait s'être ulcérée simplement à cause de la distension qu'elle éprouvait.

Quant aux symptômes fonctionnels, on sait que l'appétit de la malade diminuait de jour en jour depuis quinze mois; des vomissements survenaient assez souvent; les douleurs dans toutes les tumeurs étaient très vives et lancinantes. Il n'y a eu ni diarrhée, ni toux. Les tumeurs du thorax ont empêché d'ausculter et de percuter la poitrine.

Au milieu de tout cela, la malade conservait l'intelligence nette et intacte; tous ses sens avaient leur libre exercice, elle n'a jamais déliré. Cette femme est morte parce que la digestion, l'assimilation ne se faisaient plus; on ne peut localiser la cause de sa mort.

A l'autopsie, 40 heures après la mort, le corps présente le dernier degré de marasme.

On remarquait une tumeur de la tête bosselée à surface, irrégulière de 16 centimètres de longueur sur 7 à 9 de largeur; son plus grand diamètre est antéro-postérieur; elle occupe le milieu du sommet de la tête. Les cheveux ont disparu sur la plus grande partie de la tumeur, dans

plusieurs endroits, la peau qui la recouvre est fortement injectée.

Le crâne ouvert, on trouve des adhérences très intimes entre la dure-mère et la voûte du crâne. Ces adhérences occupent presque tout l'espace correspondant à la surface interne de la tumeur précitée.

La substance osseuse des deux pariétaux a disparu sur une étendue de 12 centimètres de long sur 6 à 7 de large. La surface interne de la tumeur n'est pas bosselée comme la surface externe; lisse, très vasculaire par places, elle est recouverte d'une membrane fibreuse, dense, qui renferme par places des feuillets osseux. Les bords de la perte de substance des os du crâne sont fortement déprimés en dedans, ce qui fait supposer que la tumeur s'est développée de dehors en dedans, de la surface du crâne vers la surface du cerveau. Ce rebord osseux de la voûte crânienne, quoique inégal, n'offre cependant pas d'arête, car il est partout recouvert du même tissu dense, fibreux dont nous venons de parler.

Au dessous de la tumeur, la dure-mère dégagee n'offre que de nombreuses brides blanches et fermes comme aponevrotiques.

L'arachnoïde ne présente rien de remarquable. La piamère est le siège d'une légère injection, mais sans trace d'inflammation.

La tumeur a déprimé toute la moitié antérieure du lobe antérieur droit du cerveau; la dépression varie de 1 à 2 mm.; elle augmente d'arrière en avant; il y a 7 centimètres en longueur, sur 4 et 5 en largeur de surface cérébrale déprimée. La substance cérébrale est intacte. Tout l'encéphale est sain.

Sur le milieu de l'hémisphère cérébral, du côté droit, se trouve une petite tumeur de 18 millim. de longueur sur 12 de largeur et de 3 à 4 d'épaisseur. Elle prend son

point de départ sur la surface interne de la dure-mère; elle n'a fait aussi que déprimer les méninges et aplatir la surface du cerveau, dans l'espace de deux circonvolutions; elle l'a déprimée de toute son épaisseur. Cette petite tumeur est jaune rosée; elle est, à la coupe, d'un blanc mat, infiltrée du suc cancéreux.

Outre ces principales tumeurs, on en voit une autre plus petite, séparée de la substance osseuse intacte. Elle a environ deux centimètres carrés, et elle a fait disparaître complètement la substance de l'os à la surface inférieure duquel elle se trouve. Cette tumeur enlevée, on trouve dans l'os une perforation comme faite par une couronne de trépan. La peau du crâne, en cet endroit, est intacte, non adhérente. Il est assez curieux que cette tumeur développée dans toute l'épaisseur du crâne ne renferme pas de traces de substance osseuse.

Intérieurement de la grosse tumeur du crâne renferme quelques lamelles osseuses; il est lactacé, jaunâtre; on en exprime un suc lactescent cancéreux, sa teinte varie entre le jaune rosé et le jaune pâle. Il est parsemé de nombreux points d'un ou de plusieurs millimètres d'étendue d'un jaune terne.

La tumeur du sein droit a 17 centim. de longueur sur 16 de largeur et cinq six d'épaisseur; elle est bosselée; la peau est injectée; mais, au milieu, elle est ulcérée dans une étendue d'un décim. carré à peu près. — Au sein gauche est une tumeur bosselée, à sa partie supérieure et externe de six centim. de largeur sur quatre de longueur; la peau est intacte.

Au fond de l'aisselle gauche est un paquet de ganglions cancéreux de cinq centim. de longueur sur six millim. de largeur, recouverts d'une peau fortement injectée.

Dans les aines, il y a aussi des ganglions lymphatiques cancéreux, mais d'un petit volume.

Des deux côtés du cou, au-dessus du milieu des clavicules, on voit des paquets de ganglions lymphatiques cancéreux, dont l'ensemble de chaque côté offre à peu près le volume d'un œuf de poule. La peau qui les recouvre est assez rouge dans quelques points; les veines environnantes sont assez développées, surtout du côté gauche.

Une coupe faite sur la grosse tumeur du sein droit y montre un tissu mou d'un jaune pâle parsemé de nombreuses taches d'un jaune terne. Vers la surface, le tissu est très rouge en bien des endroits. Dans la profondeur, il renferme plusieurs cavités capables de loger une noisette dont quelques-unes sont remplies d'une sérosité citrine, tenant en suspension des flocons jaunâtres. Quelques autres de ces cavités contiennent du pus. — Dans les tumeurs du sein gauche, de l'aisselle, du cou et des aines, nous trouvons partout le même tissu cancéreux vivement injecté là où la peau était rouge et plus vasculaire.

Dans la poitrine, derrière le sternum, des tumeurs cancéreuses sont disséminées presque sur toute sa face postérieure. Elles varient du volume d'une lentille à celui d'une grosse fève. Elles sont entourées de vaisseaux injectés.

Toute la partie de la clavicule droite concourant à former l'articulation sterno-claviculaire, a disparu par la pression des tumeurs cancéreuses voisines. L'os n'est pas cancéreux; mais il cesse brusquement en béc de flûte, à deux centimètres du sternum.

Des tumeurs cancéreuses se voient sur le trajet des gros vaisseaux de la poitrine. — A la surface du poumon droit existent des plaques blanchâtres de deux à six millimètres d'étendue, dont quelques-unes pénètrent plus profondément. Leur coupe offre une teinte blanchâtre un peu grise; on en exprime du suc cancéreux. — Le poumon gauche présente surtout de ces plaques,

Les ganglions bronchiques et mésentériques sont sains.

Le foie, large de 23 centim. sur 22 de haut au lobe droit, 14 au lobe gauche, présente beaucoup de masses cancéreuses, les unes saillantes, les autres déprimées, du volume d'un petit pois à celui d'une grosse noix.

Une tumeur cancéreuse, du volume d'un haricot, et à la surface du pancréas. Tous les autres organes sont sains. Qu'il me suffise de dire que le tissu cancéreux a subi l'épreuve du microscope, et qu'on y a découvert les caractères assignés par les micrographes.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

XXIV^e ANNÉE.

BULLETIN N^o 6. (Juin 1849).

RÉDIGÉ

PAR MM. BARTH, BOUTEILLER, BROCA, CAUDMONT,
CRUVEILHIER; DEVILLE, DUCLOS, HOUEL, MACQUET,
POUMET, RICHARD, THIBAUT, et MAILLIOT, SECRÉTAIRE.

SOMMAIRE.

A.—*Extrait des procès-verbaux des séances de la société.*

1^{er} Juin. — Enfoncement du crâne, avec peu de traces de fracture.

Guérison sans trépanation. — 2. Ostéo-sarcome du genou.

8 Juin. (1).

B. *Fracture double de l'atlas.*

C. *Tubercule de la partie inférieure de la moelle épinière. Méningite rachidienne. Mort. Observation et rapport.*

D. *Fracture du crâne compliquée de plaie des parties molles et de commotion cérébrale. Fracture comminutive de l'extrémité supérieure du tibia droit, avec luxation en avant de la tête du péroné du même côté. Fracture comminutive du calcaneum et de l'astragale du côté gauche, avec complication de plaie et de luxation en avant des tendons des péroniers latéraux.*

E. *Double hydrocèle ancienne, avec épaissement des parois de chaque tunique vaginale. L'une d'elles contient une substance molle ayant l'aspect de la matière des ulcères.*

Extrait des procès-verbaux des séances de la Société anatomique.

Présidence de M. Cruveilhier.

1. — M. Broca fait voir un fragment de crâne provenant d'un

(1) Les membres du bureau et du comité étant seuls présents à cette séance, ils ont décidé que, vu la persistance du choléra, les réunions de la Société anatomique seraient suspendues jusqu'au mois de juillet.

individu sur le cadavre duquel on a trouvé une fracture des deux os de la jambe avec des cicatrices nombreuses qui indiquent que l'accident doit remonter à une époque assez éloignée. On remarque sur le milieu du front une très-forte dépression. La table interne proémine à l'intérieur du crâne, où elle présente une convexité tournée en dedans. La dure-mère était adhérente au cerveau. M. Broca fait observer que cet enfoncement a guéri sans qu'on ait eu besoin de recourir au trépan.

M. Deville trouve cette pièce très-intéressante relativement à la possibilité des enfoncements du crâne. On a écrit qu'il ne pouvait y avoir d'enfoncement sans fracture. Il en existe bien des traces à la vérité dans la pièce présentée par M. Broca; mais dans un seul point de la circonférence de la table interne, en dedans du crâne, c'est-à-dire à la partie supérieure de l'enfoncement. On observe là de nouvelles jetées osseuses qui réunissent la solution de continuité. M. Deville rappelle qu'il a montré un enfoncement du crâne qu'avait trouvé M. Mayor. Cet enfoncement était moins grave que celui de M. Broca; mais il n'était pas accompagné de fracture; il y avait une concavité à l'extérieur.

M. Broca se demande si le cal le plus parfait n'aurait pas disparu dans la pièce qu'il a montrée.

2. — M. Houel met sous les yeux de la Société un ostéosarcome du genou provenant du service de M. Lenoir. Il appartenait à une jeune fille âgée de 20 à 21 ans. Le volume de la tumeur est considérable. La lésion occupe le fémur et le tibia. On suit assez bien, au niveau des condyles du fémur, le corps de l'os, jusqu'à la partie inférieure, antérieurement et postérieurement. Dans le tibia, la lésion est située au niveau de l'épiphyse; on retrouve la trace des cartilages. Qu'est devenue la rotule? On ne peut la découvrir. On a trouvé, à l'aide du microscope, dans la tumeur du genou, de nombreux globules cancéreux. De la matière cancéreuse existait également dans un ganglion de l'aîne engorgé, du volume de 30 millimètres environ.

M. Barth fait observer que la matière cancéreuse se dépose dans les cellules et écarte les os.

Fracture double de l'atlas.

Par M. BOULLARD, int. des hôp.

Chevantener (Antoine), âgé de cinquante ans, terru-
rier, est entré, le 2 janvier 1848, à l'hôpital de la Pitié,
au n° 34 de la salle St-Gabriel, service de M. Voillemier.

Vingt-quatre heures avant son entrée, il a reçu à la
partie postérieure et supérieure du crâne, un grand pa-
nier d'osier, pesant environ vingt-cinq livres ; ce panier
était vide, mais tout imprégné d'eau ; il est tombé d'un
troisième étage. Le malade affirme que la perte de con-
naissance a été complète, qu'il n'a pu faire aucun mouve-
ment, et qu'il n'est revenu à lui que quelques heures
après avoir été relevé et déposé sur un lit ; mais, sorti de
cet évanouissement, il n'est pas devenu plus maître
de ses mouvements. Il resta dans cette position, depuis
le 31 décembre, au soir, jusque dans la matinée du 2 jan-
vier.

Ce fut dans la soirée du même jour, que je l'examinai
pour la première fois ; il était couché en supination,
avait la figure anxieuse, le front plissé, les sourcils con-
tractés, les pupilles un peu dilatées. Je reconnus qu'à cette
anxiété se joignait un certain embarras à s'exprimer, qui
tenait à un état de demi-somnolence dont on avait quel-
que peine à tirer le malade. Il n'y avait chez lui pas plus
paralysie de la langue que déviation des traits du visage.

Le récit qu'il put faire de l'accident qui lui était arrivé,
tout en fournissant la preuve qu'il avait alors toute sa
connaissance, faisait cependant voir qu'il ne lui restait sur
cet événement que des souvenirs encore un peu vagues.
Ainsi, impossible de rien apprendre de positif, de précis,
sur la manière dont il avait été frappé, ni sur sa position
en ce moment, si ce n'est qu'il était debout, ni sur la par-

tie du corps qui avait dû porter sur le sol, quand il avait été renversé

L'examen du corps apprit qu'il y avait un engourdissement général qui gênait les mouvements, mais sans les empêcher complètement ; ainsi le malade put successivement lever les deux mains, pour venir prendre un objet à sa portée ; il put même le serrer modérément. Il put fléchir les jambes, remuer et lever les pieds. D'autre part, la sensibilité ne sembla diminuée en aucune façon, et le malade affirma, pendant toute la durée des recherches qui furent faites à ce sujet, qu'il sentait encore aussi bien qu'avant son accident.

La tête n'offrait pas de trace de lésions appréciables : aucune tumeur, aucune plaie, aucune douleur locale, point d'ecchymoses des paupières ; point d'écoulement séreux ou sanguin par les oreilles.

Après avoir constaté que l'état du poulx était satisfaisant, qu'il n'y avait sous le rapport du rythme, aucune augmentation dans le nombre, dans la force des battements ; après m'être assuré que la respiration, bien qu'un peu plus difficile, était cependant encore libre, je le fis placer à son séant, ce qu'il fit sans trop de peine, et sans éprouver de douleurs ailleurs que dans la région cervicale, qui ne me présenta, du reste, aucune lésion appréciable ; et je pus alors reconnaître que l'état de la poitrine était normal ; que les battements du cœur étaient réguliers, ainsi que les fonctions respiratoires. Le ventre était souple, point tendu, point ballonné ; la vessie contenait peu de liquide ; le malade urinait d'ailleurs librement, point d'érections. Le malade se plaignit seulement d'une constipation légère ; (pas de garde-robes depuis deux jours) et d'un peu de céphalalgie ; on lui administra un lavement laxatif ; on lui mit quatre grands sinapismes aux membres inférieurs.

Le lendemain, l'état du malade semblait un peu aggravé. Ainsi, la sensibilité était toujours exquise ; mais les mouvements, devenus plus difficiles, ne consistaient plus guère qu'en un glissement assez pénible des membres sur le plan du lit ; à peine la main pouvait-elle être écartée du tronc de quelques centimètres ; les mouvements des doigts persistaient, le malade pouvait encore fléchir les jambes, mais il lui était impossible de lever les pieds. Toutefois, cette gêne, plus grande dans les mouvements des membres inférieurs, pouvait être due à la douleur qu'avait causée au malade la présence des sinapismes vésicants.

L'intelligence et la mémoire du malade n'étaient point modifiées. Il semblait parler avec un peu plus de facilité que la veille, ce qui concordait avec l'état du pouls, plus plein, plus fréquent.

L'examen des régions blessées ne fournit aucun signe nouveau du côté de la tête ; mais la région cervicale, ayant, à raison de la douleur locale, nécessité un examen attentif, on crut reconnaître, au niveau de la cinquième ou de la sixième vertèbre cervicale, un enfoncement, une dépression anormale, au fond de laquelle paraissait se trouver un petit noyau dur, mobile, analogue à un fragment osseux. Il sembla même que l'on pouvait percevoir la crépitation, et on soupçonna une fracture de l'une des dernières vertèbres cervicales.

Toutefois, le diagnostic resta encore douteux.

Les muscles de la face n'étaient point paralysés, la sensibilité de cette région n'était point modifiée ; l'intelligence paraissait intacte ; d'un autre côté, les mouvements du diaphragme s'exécutaient librement, tandis que la motilité était profondément altérée dans les quatre membres ; enfin la dépression se rencontrait au-dessus de la septième vertèbre cervicale, dont on pouvait reconnaître l'intégrité ; on

conclut donc à l'existence d'une fracture d'une vertèbre cervicale avec compression de la moelle épinière, au-dessus de la septième vertèbre, au-dessous de l'origine du nerf diaphragmatique, au niveau du plexus brachial.

Impossible, en pareil cas, de réduire ou de maintenir réduit; mais comme il était important de se mettre à l'abri de la contraction musculaire, le malade fut placé sur un plan parfaitement horizontal; un matelas fut étendu sur une planche, et garni d'alèzes, disposées de façon à pouvoir être renouvelées en soulevant les membres inférieurs, sans remuer la partie supérieure du tronc. On disposa des coussins de façon à remplir le creux de la partie postérieure du cou, et à maintenir la tête parfaitement étendue; enfin, on recommanda au malade de tenir la tête dans l'immobilité la plus complète.

Une saignée de quatre palettes fut pratiquée, et dans la journée, on administra l'émétique en lavage, le lavement donné la veille avait été sans effet.

Le soir, le malade se trouvait mieux; les mouvements étaient redevenus plus libres, plus étendus; point de selles, le malade urine librement.

Le lendemain matin, 4 janvier, l'état général est assez satisfaisant; la lucidité d'esprit est plus grande; mais les mouvements ne sont pas aussi faciles. La mémoire est un peu revenue.

Le poulx est tombé; les muscles du visage sont moins contractés, l'anxiété a un peu diminué; mais la constipation est toujours aussi opiniâtre. Un lavement purgatif est prescrit, et a pour résultat d'amener, dans le courant de la journée, quatre selles copieuses.

Le 5 janvier, le malade accuse de l'insomnie, un malaise général, un engourdissement plus profond; le ventre est légèrement ballonné,

Nouvelle saignée, un julep diacodé, limonade, un peu de bouillon coupé.

Le 6, la saignée a procuré au malade quelque soulagement; il a un peu dormi. L'émission de l'urine, les selles continuent à être volontaires; l'état général est le même.

Le 8, même état. moins le ballonnement du ventre.

Le 9, nouveau malaise général, poulx plein, développé, crampes insupportables et revenant par crises.—Saignée de deux palettes.

Le 10, mieux, crampes plus rares; mais déjà la région du sacrum présente une large excoriation que l'on panse avec une plaque de diachylon sparadrap.

Le 12 et les jours suivants, le malade affaibli décline sensiblement et tombe dans le marasme. Le ventre devient de nouveau ballonné; la constipation qui a reparu, cède à l'administration d'un léger purgatif. L'escharre a fait de rapides progrès. Les crampes ont reparu plus fréquentes, plus douloureuses.

Bientôt ce malheureux n'offre plus que le spectacle d'une pénible agonie, au milieu des souffrances atroces, causées par les crampes, par la présence de l'escharre du sacrum et de celles qui se forment en tous les points saillants du corps. Diarrhée colliquative. Délire intermittent.

Dans les derniers jours, la paralysie est complète des deux côtés du corps et le délire est continu.

La mort arrive le 5 février, c'est-à-dire trente-huit jours après l'accident.

Autopsie, trente heures après la mort.

Le cadavre présentait les nombreuses escharres déjà mentionnées; celle du sacrum avait environ quinze à dix-huit centimètres de diamètre. L'os lui-même était dénudé en plusieurs points, mais non pas intéressé dans l'épaisseur, non nécrosé, les autres escharres n'avaient détruit

que la peau. L'examen des viscères abdominaux ne présentait rien de particulier.

À la région cervicale, on remarqua, lorsque les os furent en partie découverts, une dépression qui sembla résulter d'un enfoncement de l'apophyse épineuse de la cinquième vertèbre; en même temps, en portant la main à la partie antérieure, on trouvait une légère saillie qui correspondait au même niveau. Du reste, en ce point, on ne put constater l'existence d'aucune mobilité anormale; on ne sentit point de crépitation. Mais en continuant à explorer cette région, on trouva à la partie postérieure de l'atlas une crépitation manifeste. La colonne vertébrale fut enlevée dans toute l'étendue des régions dorsale et cervicale; on sépara en même temps l'occipital.

On put alors constater dans la cavité thoracique l'existence d'un épanchement séreux abondant (environ un litre), à l'intérieur de la plèvre droite. La face interne de la plèvre costale, et la face postérieure du poumon correspondant étaient couvertes d'une exsudation plastique, de fausses membranes en voie de s'organiser. Le côté gauche était sain.

Les méninges encéphaliques contenaient un peu de sang veineux non épanché, mais remplissant les vaisseaux; la pulpe cérébrale était légèrement congestionnée; les substances blanche et grise offraient un piqueté caractéristique, et bien que l'anatomie de cet organe eût été faite 48 heures seulement après la mort, il était remarquable par la consistance qu'il présentait. L'examen le plus minutieux ne fit découvrir aucune trace d'épanchement, de ramollissement, de suppuration.

Il devint alors possible d'examiner avec soin le rachis et la moelle. On reconnut que la dépression postérieure était causée par la brièveté de l'apophyse épineuse de la cinquième vertèbre cervicale. Cette apophyse, profondé-

ment bifide, reposait presque immédiatement même dans la flexion, sur l'apophyse de la vertèbre sous-jacente. La saillie antérieure était due au peu d'épaisseur du corps de la vertèbre, dont la face antérieure était oblique de haut en bas et d'arrière en avant, et dont le bord inférieur dépassait un peu le bord supérieur de la sixième vertèbre.

Un trait de scie, ayant divisé cet os, on trouva que la déformation n'avait pour cause aucune solution de continuité, ni écrasement du corps, ni fracture des lames ou des apophyses; point de luxation, point de déformation notable du trou rachidien.

Quant à l'atlas, il existait en arrière, à droite de l'apophyse épineuse, une fracture oblique de l'arc postérieur; fracture, dont les fragments, taillés en biseaux, étaient maintenus dans un contact parfait, sans déplacement, sans chevauchement; le fragment interne en avant, l'externe en arrière.

En avant, à gauche du tubercule antérieur, à un demi-centimètre de ce tubercule, on trouva une deuxième fracture. Celle-ci n'était plus simple et formée de deux fragments juxtaposés, mais d'un ensemble de petits fragments en partie écrasés. L'un d'eux, long de vingt-cinq millimètres, comprenait une portion de la surface articulaire inférieure de la masse latérale gauche; en sorte que la fracture intéressait toute la moitié gauche de l'arc antérieur, à partir du point indiqué, et une portion des articulations atloïdo-axoïdienne gauche et atloïdo-odontoïdienne.

Cependant, malgré cette étendue, malgré l'écrasement, c'est à peine si l'on pouvait constater quelque faible déplacement, consistant en avant en une saillie légère de l'arc antérieur, en arrière, au contraire, au niveau de l'apophyse odontoïde, il n'y avait aucune déformation.

Tous les fragments étaient en avant, comme en arrière, maintenus en rapport par le tissu ligamenteux des articu-

lations atloïdo-occipitale, atloïdo-odontoïdienne et atloïdo-axoïdienne, par le périoste, par l'exsudation plastique ou mieux pseudo-membraneuse que l'on pouvait apercevoir entre les fragments. Le rapport des surfaces articulaires n'était point changé, les cartilages étaient seulement un peu usés.

A l'intérieur du canal rachidien, les méninges n'offrirent aucune trace d'épanchement; à peine une congestion légère des veines du rachis et des vaisseaux de la pie-mère.

On observa seulement au niveau de l'atlas un léger épaissement des membranes d'enveloppe; mais la moelle ne parut pas plus comprimée en ce point que dans le reste du canal, point ramollie, mais dans un état d'intégrité parfaite.

Ainsi, en résumé, ce malade a offert l'exemple curieux d'une fracture double de l'atlas, fracture par contre-coup, à la suite d'un choc violent à la partie supérieure du crâne; d'autre part, cette fracture, qui consiste, en avant, dans l'écrasement de presque toute la moitié gauche de l'arc antérieur, y compris une portion de la masse latérale du même côté, et en arrière, dans une fracture simple de la portion droite de l'arc postérieur, n'a été accompagnée d'aucun déplacement qui aurait déterminé la compression de la moelle. Ceci explique comment une pareille lésion a pu laisser vivre le malade pendant trente-huit jours, comment elle ne détermina pas immédiatement l'apparition du cortège effrayant de symptômes qui accompagnent ordinairement une lésion de la moelle à ce niveau. Aucune gêne de la respiration, point de perte absolue du mouvement; point d'abolition de la sensibilité, de selles involontaires, de rétention d'urine, de priapisme.

Le vice de conformation que présenta la cinquième vertèbre cervicale fait voir, comment, en l'absence des symptômes précédents, et surtout du premier, on crut pouvoir

s'arrêter tout d'abord à l'idée d'une fracture à ce niveau ; lorsqu'on devait considérer comme dangereuse une investigation approfondie. Enfin, les escharres et l'abondance de la suppuration rendent compte de la mort arrivée alors que le malade avait pu résister aux premiers accidents dus, suivant toute probabilité, à une commotion de la moelle, à une inflammation des méninges, au niveau du point fracturé, ou à un épanchement qui se serait résorbé plus tard ; toutes lésions qui n'ont laissé d'autres traces qu'un léger épaissement des méninges.

Sous ce rapport, ce fait s'ajoute à beaucoup d'autres pour prouver la gravité des solutions de continuité de la ceinture osseuse qui enveloppe la moelle, à la suite des accidents primitifs, ou consécutivement aux accidents secondaires, même dans les circonstances qui semblent les plus favorables ; puisque l'autopsie vint constater l'intégrité de la moelle, et le commencement de consolidation de la fracture.

Mais ce n'est pas seulement au point de vue du diagnostic chirurgical que ce fait peut offrir de l'intérêt ; il en présente au moins autant sous le rapport du diagnostic physiologique, s'il est permis de s'exprimer ainsi.

Au premier abord, il semble contredire, infirmer même toutes les idées précédemment émises sur les lésions de la moelle épinière ou plutôt de la moelle allongée. Il me semble, au contraire, qu'elle les confirme pleinement.

On considère que toute lésion grave, toute compression de la moelle allongée est nécessairement et immédiatement mortelle ; mais cette assertion n'est basée que sur des lésions tellement graves qu'elles avaient détruit cet organe. Tantôt c'est une section de la moelle, tantôt une luxation de l'apophyse odontoïde ou un enfoncement de quelque esquille. Ici, ce ne sont que des désordres peu étendus.

Que s'est-il passé, en effet ? Si le malade n'est pas mort sur le coup, c'est que la moelle s'est à peine trouvée lésée. L'autopsie en a fait foi ; mais, s'il y a eu paralysie incomplète du mouvement, conservation de la sensibilité, quoi de plus simple ? En arrière, c'est-à-dire au niveau des faisceaux postérieurs de la moelle, on trouve une fracture simple, deux fragments juxtaposés. En avant, au contraire, une fracture étendue avec de nombreux ligaments écrasés.

A la suite de cette lésion, n'est-il point évident qu'un épanchement dût avoir lieu, qui détermina l'apparition des premiers symptômes observés chez ce malade, par la compression du faisceau antéro-latéral. Puis, l'épanchement se résorbant, la paralysie diminue ; mais la fracture nécessite un travail réparateur, inflammation, épanchement de lymphes plastique, et l'amélioration disparaît de nouveau.

En arrière, aucune action sur les faisceaux postérieurs.

D'autre part, si la paralysie fut incomplète dans les premiers temps, complète aux derniers jours, n'en voit-on pas la cause dans la nature des tissus fibreux si denses, que l'on rencontre au niveau de l'articulation atloïdo-odontoïdienne, qui n'ont permis qu'une compression modérée du faisceau antéro-latéral. Plus tard, cette paralysie ne fut pas plus un symptôme de lésion de la moelle que le coma et le délire ne le sont dans mille affections, où l'on cherche en vain une lésion des centres nerveux : ce fut un résultat de l'infection générale causée par les escharres.

***Tubercule de la partie inférieure de la moelle épinière. Ménin-
gite rachidienne. Mort.***

Observation recueillie par M. BIDAUD, externe des hôpitaux.

La nommée Ambelloury, âgée de 21 ans, domestique, est entrée le 4 juillet 1848, à l'hôpital Necker (salle Ste Eulalie, n. 1). Elle a joui d'une assez bonne santé, jusqu'à l'âge de vingt ans. Ce fut à cette époque seulement que ses règles parurent pour la première fois. Elle les a eues régulièrement jusqu'au mois de mai dernier, époque où elle tomba malade. Elle fut prise alors tout à coup de douleurs à la partie inférieure du dos et aux genoux, d'une grande faiblesse dans les jambes. La marche fut d'abord très difficile, et au bout de dix jours devint complètement impossible. Depuis, Ambelloury a toujours gardé le lit. Voici son état au moment où elle est entrée dans nos salles.

Cette jeune personne est assez maigre, et a le type du tempérament lymphatique. Elle éprouve des douleurs sourdes dans les régions dorsales, lombaires et fessières des deux côtés, ainsi que dans les genoux. Les membres inférieurs sont à peu près insensibles et ne peuvent se mouvoir. Ils sont le siège de crampes et de légers fourmillements. La jambe droite par moments se fléchit sur la cuisse, et la malade est obligée de la redresser avec la main. Les pieds sont froids. Il n'existe aucun trouble dans la partie supérieure du tube digestif. Il y a constipation opiniâtre. L'urine sort involontairement. La malade est continuellement dans un demi coma. Rien d'anormal du côté du cœur. Le pouls régulier marque soixante pulsations. La respiration est assez facile. La percussion et l'auscultation ne donnent aucun signe bien positif d'une lésion des poumons.

Diagnostic : Myélite.

Le traitement antiphlogistique (saignées et ventouses) fut d'abord employé. On posa plus tard quatre cautères le long de la colonne vertébrale. On eut aussi recours au carbonate de fer et à la brucine. Tous ces moyens thérapeutiques furent sans résultat.

Vers le milieu de septembre il y eut des accidents nouveaux du côté du cerveau. La malade fut prise de maux de tête qui, d'abord peu intenses, augmentèrent peu à peu. Elle accusait une douleur assez vive à la nuque. Les anciens symptômes s'aggravèrent, surtout la douleur lombaire. L'appétit, qui s'était soutenu jusque là, devint nul. Le sommeil disparut complètement. Les choses durèrent ainsi jusqu'au 30 septembre. A la visite du 1^{er} octobre, nous la trouvâmes dans un état désespéré. Elle éprouvait depuis la veille au soir des douleurs atroces à la tête, surtout en avant. Elle était inquiète, agitée, poussait des cris. La face était rouge; les pupilles étaient dilatées; le pouls fréquent, petit; la respiration anxieuse et accélérée. Les membres présentaient une sensibilité exquise. Un vésicatoire fut appliqué à la nuque. Vers midi ces symptômes cessèrent; la malade tomba dans un assoupissement complet. La face devint pâle; les membres furent dès lors immobiles et insensibles. L'intelligence était nulle. Le 2 octobre au matin, cet état persistait encore. La malade mourut à quatre heures du soir.

Autopsie, faite 36 heures après la mort.—Crâne. Les méninges sont injectées. La consistance du cerveau est normale; la substance blanche présente un léger piqueté; la substance grise est uniformément rouge dans une assez grande étendue; les ventricules contiennent une quantité notable de liquide.

Moelle. — Injection des vaisseaux intra-rachidiens.— Certaines parties du rachis sont le siège d'une extravasation sanguine assez abondante. En ouvrant la partie infé-

rière de la colonne vertébrale, j'ai vu s'écouler au dehors une grande quantité de liquide.

La dure-mère et l'arachnoïde sont à l'état normal. La pie-mère est injectée et considérablement épaissie dans toute la longueur du canal. Elle est unie à l'arachnoïde par des fausses membranes au milieu desquelles rampent des vaisseaux.

La substance de la moelle est généralement ramollie. A trois centimètres au-dessus de la queue de cheval existe un ramollissement pulpeux qui a huit centimètres de hauteur, et dans lequel sont confondues la substance grise et la substance blanche. A l'extrémité inférieure de cette partie ramollie, j'ai trouvé un noyau dur et faisant saillie au dehors. Ce noyau incisé montre dans son intérieur une substance comme grumeleuse jaunâtre, assez dense. C'est un tubercule ; il a le volume d'une fève. Ce tubercule est limité de tout côté par une substance grise foncée qui lui forme un kyste. Sur le côté gauche de ce tubercule rampent une artère et une veine pleines d'un sang noir. Dans certains points du canal rachidien, la substance grise est atrophiée ; dans d'autres, elle a complètement disparu.

Il y avait des tubercules en grand nombre dans les poumons, la plèvre, le péritoine, les intestins (gros et grêles).

Réflexions. — Cette observation présente des circonstances assez curieuses, sur lesquelles on nous permettra de revenir un instant. On remarquera d'abord la quantité vraiment prodigieuse de tubercules qui s'étaient formés dans presque dans tous les organes. Ces tubercules y existaient depuis long-temps, et cependant leur présence était à l'état latent.

Aucun phénomène, en effet, n'était venu nous faire même soupçonner leur existence dans les intestins, dans la plèvre, etc. Nous avons beaucoup de doute sur l'exis-

tence d'une phthisie pulmonaire. Quant au tubercule qui s'était développé dans la moelle, il avait bien déterminé des accidents de ce côté ; mais nous ne pouvions savoir pendant la vie la cause première de ces accidents.

La myélite que nous avons cherché à combattre était donc le résultat du séjour d'un tubercule dans la moelle. On possède quelques observations de tubercules formés dans la substance cérébrale médullaire: Abercrombie en rapporte quelques cas. M. Gendrin a disséqué un tubercule enkysté situé dans la moitié gauche de la moelle lombaire, auprès de sa terminaison. Il parle aussi d'un tubercule qu'il a trouvé vers la fin de la moelle cervicale. M. Serres a vu la moelle dorsale interrompue dans sa continuité par une masse tuberculeuse qui avait deux pouces de longueur. M. Coliny cite, dans un mémoire publié par lui en 1830, dans les *Archives*, un tubercule qu'il a retiré du renflement lombaire. Ce tubercule était gros comme un pois, et était dépourvu de toute espèce d'enveloppe membraneuse. Notons, en passant, que M. Gendrin écrivait, en 1820, que les tubercules cérébraux étaient toujours enkystés.

M. Bricheteau a aussi publié un cas de tubercule de la moelle.

Quoi qu'il en soit, il n'en est pas moins vrai de dire que cette affection est assez peu connue. Il y a des faits ; mais ces faits sont rares. Celui que je présente mérite donc une certaine attention, et à cause des accidents morbides qu'il a déterminés pendant la vie, et à cause des lésions que nous avons trouvées sur le cadavre.

Par suite de la cachexie tuberculeuse, un tubercule s'est formé dans la moelle. Il sera probablement resté quelque temps au sein de cet organe sans y déterminer d'accident notable. Sa présence a fini cependant par se manifester. Son développement a été cause d'une inflam-

mation de la moelle. C'est ce que nous avons diagnostiqué, et c'est ce que nous ont bien prouvé les lésions cadavériques. L'injection et le ramollissement de la substance médullaire sont bien le résultat de l'inflammation.

De la moelle l'inflammation s'est propagée à la pie-mère rachidienne, puis à la pie-mère cérébrale. Cette inflammation, d'abord à l'état subaigu, s'est montrée tout à coup à l'état aigu, et a fait périr la malade.

Terminons par quelques observations sur les lésions anatomiques que nous avons décrites plus haut.

Généralement les tubercules occupent la partie supérieure de la moelle. Celui dont il a été question ici est du petit nombre de ceux que l'on rencontre à la région lombaire. Les tubercules de la moelle sont le plus souvent mous. M. Gendrin écrivait en 1823 qu'il ne connaissait qu'un exemple de tubercule cérébral composé d'une matière dure. Le nôtre fait précisément exception à cette règle ; car il est dense, épais, résistant. Comme la plupart des tubercules cérébraux, il est enkysté, et le kyste est ici considérable.

Je noterai aussi l'état dans lequel j'ai trouvé les membranes rachidiennes. La dure-mère et l'arachnoïde n'avaient nullement participé à l'inflammation de la pie-mère, dont l'épaississement considérable est un fait curieux.

Extrait du rapport sur l'observation précédente,

Par M. LEPELLETIER, interne des hôpitaux.

La rareté des observations de ce genre et le soin tout particulier que M. Bidau a apporté à l'étude de ce fait lui donnent une valeur incontestable. Aussi saisis-je cette occasion pour dire quelques mots de cette affection, encore peu étudiée.

Les observations de tubercules développés à la partie supérieure de la moelle épinière sont assez nombreuses et

assez connues pour que je me croie dispensé d'en parler. Les symptômes qui caractérisent cette affection, quoique variables selon le siège qu'occupent les tubercules, ont été souvent indiqués par les auteurs. Cependant il ne serait peut-être pas sans intérêt de les rassembler et de les étudier de manière à en tirer des conséquences utiles pour la pathologie de la moelle épinière.

Je ne m'occuperai que des lésions déterminées par les tubercules qui se développent à la partie inférieure de cet organe ; sujet encore peu connu, et dont les observations sont assez rares. Cette rareté, du reste, existe pour toutes les productions pathologiques de cette partie de la moelle.

Si l'on jette un coup-d'œil sur l'ensemble des productions pathologiques qui peuvent se développer dans la moelle épinière, on verra, comme l'a fait remarquer Ollivier d'Angers, que cette partie des centres cérébraux est d'autant plus exposée aux mêmes altérations que le cerveau qu'elle se rapproche davantage de cet organe. C'est ce qui a lieu pour les tubercules en particulier. Plus on se rapproche de la partie supérieure de la moelle, plus ces productions pathologiques sont fréquentes. Il ne faut donc pas s'étonner si, en parcourant les recueils de notre Société, qui renferment les faits d'anatomie pathologique les plus nombreux et les plus intéressants, on trouve un assez grand nombre d'observations de tubercules développés à la partie supérieure des centres cérébraux, tandis que l'on ne rencontre pas un seul exemple de ces productions occupant l'extrémité inférieure de la moelle épinière.

Le premier travail sur ce sujet, est de M. Gendrin, qui, en 1823 fit paraître dans un mémoire ses recherches sur les tubercules du cerveau et de la moelle épinière. Il faut croire qu'à cette époque, il n'avait pas encore observé de tubercules à la partie inférieure de la moelle ; car il n'in-

dique aucun des symptômes qui après lui ont été signalés par d'autres observateurs.

Les symptômes les plus communs pour lui sont des accidents épileptiques qui ne dépendent nullement de la présence des tubercules à la partie inférieure de la moelle. D'après cela, on comprend combien, sous le rapport symptomatologique, les recherches de M. Gendrin étaient incomplètes à cette époque.

En 1836, M. Serres publia dans les *Archives de Médecine* l'observation d'un malade chez lequel vis-à-vis les quatrième et cinquième vertèbres dorsales, la continuité de la moelle épinière était interrompue dans l'étendue de deux pouces par des tubercules jaunâtres, crus et disposés en forme de chapelet.

Dupuytren a recueilli à l'Hôtel-Dieu l'observation d'un malade qui mourut d'une méningite rachidienne circonscrite, occasionnée par la présence d'un tubercule développé dans l'épaisseur de la portion lombaire de la moelle épinière.

En 1836, M. Bricheteau publia deux observations de tubercules développés à la partie inférieure de la moelle, au niveau du renflement lombaire. La première est celle d'une jeune femme qui, après avoir passé quelques mois à l'hôpital Cochin, vint mourir dans son service avec les symptômes d'une phthisie pulmonaire et d'une maladie de la moelle épinière. A l'autopsie on trouva à l'origine de la queue de cheval un tubercule de la grosseur d'une petite noix muscade. M. Gendrin, dans le service duquel se trouvait la malade à l'hôpital Cochin, a également rapporté cette observation dans la traduction qu'il a faite de l'ouvrage d'Abercrombie sur les maladies de l'encéphale et de la moelle épinière. La deuxième observation est celle d'un homme de trente ans, qui vint mourir phthisique à l'hôpital Necker. A l'autopsie on trouva, à la partie

inférieure du renflement lombaire de la moelle épinière, quatre granulations tuberculeuses jaunâtres du volume d'un gros pois.

En 1836, M. Tolliny a rapporté dans les *Archives de Médecine* l'observation d'un malade qui mourut d'un tubercule du volume et de la forme d'un haricot développé dans la moelle épinière, à deux pouces au-dessus de sa partie inférieure.

A ces différentes observations il faut ajouter celle que M. Bidau vous a présentée, et qui a été recueillie à l'hôpital Necker, dans le service de M. Bricheteau.

Tels sont les faits que la science possède sur cette affection. Leur nombre étant insuffisant pour permettre d'en faire l'histoire, je me bornerai à quelques remarques sur ses symptômes et sur sa marche.

Si l'on consulte ces diverses observations, on voit tout d'abord que les tubercules peuvent apparaître et exister quelque temps dans la partie inférieure de la moelle épinière sans exciter des troubles notables de l'économie, ou seulement un peu de faiblesse dans les membres inférieurs. La deuxième observation, publiée par M. Bricheteau, présente une particularité assez intéressante sous ce rapport. Lorsque le malade vint à l'hôpital, il n'avait, pour tout symptôme d'une affection de la moelle qu'un peu de faiblesse des membres inférieurs, qui disparut bientôt après l'application d'un séton à la nuque : mais si la maladie de la moelle avait été enrayée, l'affection pulmonaire, au contraire, avait fait des progrès manifestes ; car quelques jours après le bien-être qu'il ressentit dans les membres inférieurs, il mourut d'un pneumo-thorax.

La faiblesse des membres inférieurs est bientôt accompagnée par d'autres symptômes qui ne permettent pas de douter de l'existence d'une affection de la moelle. Ainsi, les douleurs de la région lombaire, la diminution, et quel-

quelquefois l'abolition complète de la sensibilité et du mouvement dans les membres inférieurs, les crampes, les contractions involontaires, la constipation, sont des symptômes qui ont apparu chez tous les malades dont on a publié les observations.

Cet état peut durer deux mois pendant lesquels l'affection semble stationnaire, et revêt la forme chronique. Dans une seule des observations que j'ai rapportées, il a persisté plus d'un an. Il arrive quelquefois que les malades succombent pendant cette période, tout en ne présentant que des symptômes très-imparfaits d'une affection de la moelle ; alors ils meurent le plus souvent d'une tuberculisation pulmonaire très avancée. Ou bien, comme dans le fait publié par M. Tolling, les malades, au bout de quelques mois de séjour au lit, peuvent succomber à l'infection putride, résultant de la présence d'escharres et de l'impossibilité dans laquelle ils se trouvent de retenir les urines et les matières fécales.

Mais, en général, voici ce qui se passe : à la forme chronique que revêt d'abord cette affection succède bientôt une marche aiguë dont il est facile de suivre, pour ainsi dire, chaque jour les progrès par l'observation attentive des symptômes que présentent les malades. L'affection de la moelle épinière se complique d'une méningite rachidienne à laquelle ont succombé quatre des malades dont j'ai consulté les observations. La manifestation de cette méningite est instantanée, et accompagnée de symptômes d'une acuité remarquable.

L'observation de M. Bidau est intéressante sous ce rapport ; car, dans aucun des faits que j'ai consultés, je n'ai trouvé indiqué d'une manière aussi évidente ce passage de la maladie de l'état chronique à l'état aigu. On pourra voir, en effet, d'après les symptômes présentés dans les derniers moments par le malade qui fait le sujet

de cette observation, combien il fut facile de diagnostiquer l'existence d'une méningite rachidienne. Cette dernière affection a présenté elle-même deux périodes bien courtes, il est vrai, mais dans lesquelles on put reconnaître d'abord un état de surexcitation caractérisé par les cris plaintifs et continuels de la malade, la rougeur du facies et la force et la vitesse du pouls, l'extrême sensibilité et les contractions violentes des membres inférieurs, etc. En second lieu, un état de collapsus dans lequel les membres inférieurs étaient privés de toute sensibilité et de tout mouvement, le pouls lent et filiforme, le facies pâle et inanimé et les pupilles dilatées. Aux cris plaintifs de la malade avait succédé un coma profond, dont il fut impossible de la faire sortir par les questions qu'on lui adressa, et auxquelles elles ne put répondre.

Telle a été la terminaison de cette affection dans le fait présenté par M. Bidau. Il en a été aussi de même dans les observations publiées par MM. Serres, Dupuytren et Bricheteau, et dans lesquels il est dit que les malades ont succombé à une méningite rachidienne circonscrite.

Cette terminaison doit être inévitable, s'il est permis d'en juger par les quelques faits que la science possède. Car, en exceptant celui de M. Tolling et le deuxième de M. Bricheteau, dans lequel le malade est mort d'une tuberculisation pulmonaire, on voit que les sujets des quatre autres observations ont succombé à une méningite rachidienne plus ou moins bien limitée.

Tels sont les symptômes, telle est aussi la marche que jusqu'alors cette affection a présentés. La ressemblance qui existe sous ce rapport entre les diverses observations que la science possède me permet de croire que généralement il en est ainsi.

Que penser maintenant des accidents épileptiformes signalés par M. Gendrin, et attribués par lui à la présence

de tubercules dans la moelle épinière, si ce n'est qu'ils caractérisent la présence de ces productions pathologiques dans la partie supérieure de cet organe? Il est facile, du reste, de s'en convaincre, en lisant dans l'ouvrage d'Olliviers d'Angers les observations qui lui ont été communiquées par M. Gendrin, et dans lesquelles on voit que ces accidents épileptiformes ont toujours coïncidé avec des tubercules de la partie supérieure de la moelle. Ce fait seul prouve que les idées de M. Gendrin ne peuvent s'appliquer au sujet qui nous occupe.

Avant de terminer, je dois ajouter que les malades chez lesquels on a observé des tubercules de la moelle étaient phthisiques. On comprend dès lors combien il sera important de reconnaître les tubercules pulmonaires si l'on veut éclairer le diagnostic de la maladie de la moelle.

Chez la malade qui fait le sujet de l'observation de M. Bidau, on voit que la tuberculisation était générale; car les poumons, les plèvres et le péritoine étaient criblés de tubercules, et cependant cette affection n'avait pas été reconnue, malgré toute l'attention que l'on avait apportée à l'auscultation des poumons; ce fait s'explique facilement. Il est dit dans l'observation que les deux poumons présentaient des tubercules miliaires dans toute leur étendue. Le degré peu avancé de ces productions pathologiques, au lieu de donner naissance à quelque bruit anormal et caractéristique d'une lésion profonde des poumons, ne faisaient qu'obscurcir également des deux côtés le bruit respiratoire qui paraissait pur, seulement un peu affaibli. Il existait, il est vrai, une petite caverne; mais sa position au centre même du sommet du poumon droit et ses petites dimensions expliquent assez comment elle a pu passer inaperçue.

J'ajouterai enfin que les antécédents de la malade ne

pouvaient faire soupçonner la présence de tubercules dans les organes respiratoires.

Ceci posé, je crois que l'on peut expliquer comment il s'est fait que jusqu'aux derniers moments de la malade, le diagnostic précis de l'affection de la moelle soit resté incertain.

Telles sont les réflexions qui m'ont été suggérées par les quelques observations que la science possède sur cette affection, et surtout par celle de M. Bidau.

Fracture du crâne compliquée de plaie des parties molles et de commotion cérébrale (1). Fracture comminutive de l'extrémité supérieure du tibia droit, avec luxation en avant de la tête du péroné du même côté. Fracture comminutive du calcaneum et de l'astragale du côté gauche, avec complication de plaie et de luxation en avant des tendons des péroniers latéraux.

Par M. EMPIS, interne des hôpitaux (27 août 1847).

Le 15 août 1847, la nommée Clarme (Joséphine), âgée de quarante-trois ans, a été apportée à l'Hôtel-Dieu, salle S.-Charles, lit n° 10, dans le service de M. Roux, suppléé alors par M. Gosselin.

Cette femme, en voulant accrocher une cage d'oiseaux en dehors d'une fenêtre, a été entraînée par le poids de son corps, et est tombée d'un troisième étage sur le pavé ; elle avait perdu complètement connaissance lorsqu'on l'a relevée : tels sont les seuls renseignements que l'on put avoir sur l'accident. Il paraît probable toutefois, d'après

(1) Il est bon de remarquer que ce que l'auteur appelle commotion est une contusion des plus intenses, décrite très bien par lui-même à l'autopsie, et qui existait sur les lobes postérieurs du cerveau, par conséquent opposée à la fracture qui occupait l'os frontal. (*Note du comité de publication.*)

les lésions que nous allons faire connaître, qu'elle est tombée tout d'abord verticalement sur les pieds, et que, projetée en avant, consécutivement, par l'impulsion de la chute, sa tête est venue frapper le sol au niveau des bosses orbitaires.

Cette femme est couchée sur le dos; elle ne paraît ni voir ni entendre ce qui se passe autour d'elle; elle ne répond à aucune des questions qui lui sont adressées; les membres sont dans la résolution. La sensibilité est très obtuse, mais non complètement abolie; car quand on lui pince le bras ou la cuisse, elle retire avec lenteur son membre. Mais il faut, pour que la sensation soit perçue, que l'impression persiste un certain temps, et soit profonde. Il existe un refroidissement général de tout le corps. Le pouls est faible et peu accéléré. La respiration ne présente rien de notable. Aucune évacuation n'a eu lieu depuis l'accident; la malade n'a pas uriné. La perte subite et immédiate de connaissance et cet état comateux indiquent une forte commotion cérébrale. Cet état pourrait bien, à la vérité, être dû à une contusion du cerveau; mais s'il en est ainsi, les accidents iront en augmentant, au lieu de diminuer, l'instantanéité des phénomènes et leur diminution graduelle étant, comme on le sait, le signe le plus précieux de la commotion.

L'examen de la malade fait constater les lésions suivantes :

A. Au niveau du sourcil droit, existe une plaie contuse, avec décollement de la peau et attrition des parties molles sous-cutanées, sans qu'il y ait toutefois dénudation des os. Les paupières de ce côté sont fermées et médiocrement infiltrées de sang; en les écartant, on constate qu'il n'y a pas d'ecchymose de la conjonctive; la joue du même côté est également un peu tuméfiée.

La malade a rendu un peu de sang par le nez; mais il

n'y a eu par les oreilles écoulement ni de sang ni de sérosité. Les os ne sont pas dénudés, comme il a été dit, et l'on n'en constate aucun déplacement.

On ne peut donc que présumer l'existence d'une fracture, se fondant sur l'hémorrhagie nasale, et surtout sur les symptômes de commotion, ainsi que sur la hauteur du lieu d'où est tombée la malade.

B. Le membre abdominal droit présente, au niveau de l'articulation du genou, une déformation remarquable; le membre étant dans l'extension, on constate immédiatement au-dessous de la rotule, une dépression qui devient plus considérable lorsqu'on fléchit la jambe sur la cuisse. Si l'on enfonce les doigts dans cette dépression, on peut arriver assez avant dans l'articulation pour sentir au travers des parties molles, les condyles du fémur et les surfaces articulaires du tibia.

Cette déformation du genou ne porte guère que sur sa partie antérieure. Il n'y a pas de signe de contusion; la peau a conservé sa couleur naturelle; il n'existe aucune ecchymose. Cependant, en examinant attentivement le genou, il paraît peut-être un peu élargi transversalement, et l'extrémité supérieure de la jambe semble portée un peu en dehors. D'ailleurs, les mouvements de flexion et d'extension peuvent être exécutés facilement; mais, en outre, on peut faire exécuter au tibia quelques mouvements de latéralité impossibles du côté sain: ainsi, le genou étant fixé par la main d'un aide, on peut faire exécuter à la partie moyenne de la jambe des mouvements de rotation sur son axe.

Pendant ces manœuvres, on perçoit une légère crépitation au niveau de la tubérosité externe du tibia.

La dépression qui existe au-dessous de la rotule donne de suite l'idée d'une rupture plus ou moins complète du ligament rotulien. Cependant les signes qui ont été don-

més comme indiquant la rupture de ce tendon sont, indépendamment de la dépression ci-dessus signalée, 1^o La position de la rotule sur un plan plus élevé que du côté sain ; ce qui n'a pas lieu ici, les deux rotules étant exactement au même niveau des deux côtés. — 2^o La possibilité de faire exécuter à cet os des mouvements de latéralité, ce qui ne peut non plus se faire chez notre malade.

A quoi tiennent donc cette déformation et cette dépression ? En second lieu, on fait exécuter au tibia des mouvements de rotation sur son axe. Y aurait-il donc rupture des ligaments latéraux de l'articulation, et la crépitation perçue au niveau de la tubérosité externe, serait-elle l'indice d'une fracture de cette partie ?

C. Le membre abdominal gauche nous offre, à son extrémité inférieure une autre série de lésions : au niveau de la malléole externe et un peu au devant d'elle, existe une plaie dont les bords sont écartés, et ayant une étendue de six à sept centimètres ; cette plaie, qui a donné lieu à une hémorrhagie abondante, laisse voir *au-devant* de la malléole externe deux tendons qui sont ceux des péroniers latéraux, luxés en avant, la malléole externe paraît elle-même intacte ; en enfonçant le doigt dans cette plaie, on arrive dans une cavité anfractueuse, contenant un grand nombre de petites esquilles, résultat d'une fracture extrêmement comminutive du calcaneum et de l'astragale ; des mouvements dans tous les sens peuvent être imprimés au pied, dont la plante se trouve plus rapprochée des malléoles que du côté droit, dont le pied est dépourvu de toute lésion. La crépitation est des plus manifestes.

Traitement. — Application d'un appareil ; saignée du bras de trois pal. ; infusion d'arnica.

16. — *Deuxième jour.* — Même état de prostration ; il y a pourtant un peu de réaction ; le pouls est plus accéléré ; la peau est chaude ; il n'y a eu aucune évacuation,

la vessie est pleine d'urine ; le genou droit est gonflé, mais il n'y a pas d'ecchymose. Le pied gauche présente les mêmes lésions ; il y a eu encore un peu d'hémorrhagie sur la plaie.

Traitement. — On vide la vessie par le catéthérisme ; seconde saignée du bras ; 0,60 centigr. de calomel à prendre en trois fois dans la journée.

17. — *Troisième jour.* — La malade a été plusieurs fois à la selle et a uriné d'elle-même.

Même état des facultés intellectuelles. — La sensibilité est encore plus obtuse que la veille ; c'est à peine si la malade retire son membre quand on le lui pince.

Application de deux vésicatoires à la face interne des cuisses.

Le quatrième jour, la malade meurt dans le coma, sans présenter d'autres symptômes.

Autopsie 24 heures après la mort.

Les téguments du crâne n'offrent pas d'autres lésions que la plaie du sourcil droit. Il existe une fracture linéaire, partant du milieu de l'arcade orbitaire et se prolongeant directement en haut sur la face antérieure du frontal, dans une étendue de cinq à six centimètres. La calotte du crâne étant enlevée au moyen de la scie, on ne trouve pas d'épanchement entre les os et la dure-mère. Celle-ci, incisée fait constater la présence d'un peu d'épanchement de sang au niveau du lobe postérieur gauche du cerveau ; en ce point la substance cérébrale est ramollie, infiltrée de sang, et présente tous les caractères d'une forte contusion. La surface du lobe postérieur droit est également infiltrée de sang et légèrement contuse. En ces points la pie-mère et l'arachnoïde participent aux altérations, et présentent les signes de l'inflammation. On détache la dure-mère de la bosse du crâne, et l'on constate que la fracture de l'arcade orbitaire se prolonge en arrière

vers la bosse du crâne en se rapprochant de la lame criblée de l'éthmoïde, elle occupe transversalement cette partie de l'éthmoïde et se prolonge en arrière et en dehors, presque vers la grande aile du sphénoïde du côté opposé.

La dissection du genou montre les parties molles légèrement infiltrées de sang. — Les ligaments de l'articulation sont parfaitement intacts. — Le ligament rotulien ne présente pas la moindre solution de continuité ; contrairement à ce qu'on aurait pu inférer du signe indiqué, à peine est-il un peu contus sur son extrémité inférieure. Les surfaces articulaires du tibia sont complètement séparées du corps de cet os, dont l'extrémité supérieure présente une fracture comminutive des plus remarquables.

La partie articulaire est elle-même divisée en plusieurs fragments ; mais ceux-ci n'étant pas déplacés expliquent facilement comment les mouvements de flexion et d'extension s'exécutaient sans difficulté. — Et la séparation de cette partie articulaire d'avec le corps de l'os rend compte de ces mouvements de rotation que l'on faisait exécuter au tibia sur son axe, et que l'on rapportait à une rupture des ligaments latéraux. — Enfin, cette fracture comminutive de l'extrémité supérieure du tibia indique suffisamment comment on avait soupçonné une rupture du ligament rotulien en examinant la dépression sous-rotulienne qui en était la conséquence. Ajoutons enfin que les moyens d'union du péroné au tibia sont rompus, et qu'il y a luxation en avant de la tête du premier de ces os.

Le pied gauche présente, indépendamment de la plaie dont il a été parlé plus haut, une fracture extrêmement comminutive du calcanéum et de l'astragale avec rupture des ligaments de l'articulation tibio-tarsienne. — La malléole externe est intacte, et les tendons des muscles longs péroniers latéraux sont luxés au devant d'elle. —

Enfin la malléole interne est fracturée au niveau de l'angle supérieur et interne de la mortaise articulaire.

Dans un rapport fait à la Société sur cette observation, M. Dumoulin a signalé avec raison la fracture du tibia comme fracture par écrasement de même nature, et produite par le même mécanisme que la fracture des os du pied du côté opposé. Ce genre de fracture du tibia survenant à la suite d'une chute de haut sur les pieds par tassement ou écrasement, comme la fracture habituelle de l'extrémité inférieure du radius, est un fait des plus remarquables. Existe-t-il dans la science d'autres exemples de fracture par écrasement du tibia? (*Note du Comité*).

Double hydrocèle ancienne, avec épaissement des parois de chaque tunique vaginale. L'une d'elles contient une substance molle, ayant l'aspect de la matière des ulcères.

Extrait d'une observation de M. DUHAMEL.

Un serrurier, âgé de 35 ans, entra à l'hôtel-Dieu-annexe, le 22 janvier 1849. Cet homme était atteint d'une affection cérébrale grave, qui ne permit pas de l'interroger. On n'obtint donc aucun renseignement ni sur la maladie qui le conduisait à l'hôpital, ni sur une double tumeur des bourses, qu'on découvrit par hasard sur lui, en pratiquant le cathétérisme.

La tumeur contenue dans la bourse gauche, un peu plus grosse que celle de droite, avait le volume d'un gros œuf de poule; toutes deux avaient la forme d'un ellipsoïde. Le scrotum glissait librement sur elles, dans toute leur étendue; elles paraissaient indolentes à la pression; mais ce signe n'avait pas une grande valeur, à cause de l'état cérébral du malade. Toutes deux enfin, continues avec le cordon, comprenaient évidemment le testicule correspondant, car on cherchait vainement cette glande en dehors d'elle.

Dans toute son étendue, la tumeur du côté gauche était

dure au toucher, et ne présentait en aucun point ni souplesse ni dépressibilité, ni fluctuation; en arrière, on y trouvait quelques bosselures, qu'on crut appartenir à l'épididyme.

La tumeur droite, au contraire, dure presque partout, offrait en haut et en dehors un point fluctuant, et était exempte de bosselures. On n'essaya pas de constater la transparence de ces deux tumeurs; on crut à une affection tuberculeuse de l'épididyme. Le malade succomba, le 4 février, aux progrès de son affection cérébrale; l'autopsie fut pratiquée le surlendemain.

On trouva dans le crâne les lésions d'une méningite. Les viscères étaient sains; seulement la vessie, paralysée depuis le début de l'affection cérébrale, était distendue par l'urine; ses parois étaient épaissies; sa muqueuse, d'une teinte ardoisée très-intense, ne présentait aucune ulcération.

Voici maintenant comment M. Duhamel décrit les tumeurs scrotales de cet homme.

« La peau des bourses est saine. En incisant longitudinalement la tumeur gauche, on arrive dans une poche, d'où sort environ une cuillerée d'un liquide séro-purulent, mêlé à une matière de consistance molle, grumeleuse, jaunâtre, qui offre tous les caractères du mélicéris (1). Les parois de la poche sont très-dures, comme

(1) Il est vraisemblable que l'auteur de l'observation ne rapproche cette matière de la matière mélicérique que pour en donner une idée complète, en évitant une plus longue description, et qu'il n'a pas voulu dire par là que cette substance fût de la matière mélicérique proprement dite. Le siège de cette collection, qui était contenue dans la cavité de la tunique vaginale, ne permet pas un pareil rapprochement. Tout indique, au contraire, selon M. Bouteiller, rapporteur, que cette substance caséuse a été le résultat de la transparence du sang d'une hématocele ancienne, ou d'un épanchement inflammatoire.

Note du Comité.

cartilagineuses, et offrent, en divers points des indurations bosselées qui en ont imposé pendant la vie pour des tumeurs tuberculeuses. — Le testicule, d'un volume normal, est situé à la partie postérieure et inférieure de la tumeur. Le canal déférent, qui paraît atrophié, est contenu dans la paroi postérieure de la poche.

En incisant la tumeur droite, il s'écoule une petite cuillerée de sérosité claire et limpide sans aucune matière grumeleuse. La dissection montre ensuite que la tunique vaginale est épaissie et cartilagineuse dans toute son étendue; que la tunique albuginée, dans sa moitié inférieure, a subi la même transformation; qu'à ce niveau, la face externe et albuginée est adhérente à la face interne de la vaginale, de manière à effacer complètement en bas la cavité séreuse; mais que cette cavité reparait en haut et en avant; c'est dans son intérieur qu'était contenue la sérosité. Le testicule, d'un volume normal, est situé à la partie inférieure et postérieure de la tumeur; l'épididyme et le canal déférent sont sains.»

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

XXIV^e ANNÉE.

BULLETIN N^o 7. (Juillet 1849).

RÉDIGÉ

PAR MM. BARTH, BOUTEILLER, BROCA, CAUDMONT,
CRUVEILHIER, DEVILLE, DUCLOS, HOUEL, MACQUET,
POUMET, RICHARD, THIBAUT, et MAILLIOT, SECRÉTAIRE.

SOMMAIRE.

A. — *Extrait des procès-verbaux des séances de la société.*

6 *Juillet.* — 1. Manière dont l'éruption scarlatineuse se comporte sur les tissus de cicatrice. — 2. OEdème de la glotte, développée sur une malade atteinte du choléra asiatique. — Trachéotomie. — Mort. — 3. Canal ou conduit sus-épitrochléen (sus-épicondylien des animaux) donnant anormalement passage à l'artère humérale et au nerf médian.

13 *juillet.* — 4. Sonde à double courbure de M. Mercier. — Discussion. — 5. Contraction de l'orifice des glandes du tube digestif. — 6. Fausse articulation du coude consécutive à une fracture de la trochlée ou à une luxation en dehors de l'humérus et en dedans de l'avant-bras sur le bras. — 7. Anomalies nombreuses chez un fœtus de huit mois et demi; hernie du cerveau et du cervelet; développement incomplet de l'œil gauche, bec de lièvre, éversion, etc.

20 *juillet.* — 8. Fausse membrane tubuleuse remplissant exactement le larynx, la trachée et les bronches. Destruction des cordes vocales, rétrécissement de la glotte. (Observation communiquée au nom de M. Pitet). — 9. Diastase de l'articulation fémoro-tibiale. — 10. Phthisie pulmonaire, hydropisie enkystée de l'ovaire. — Refoulement considérable du foie et des organes renfermés dans la cavité thoracique.

27 *juillet.* — 11. Vaste caverne pulmonaire. — Voix et respiration métalliques pendant la vie et absence de tintement métallique. — Bruit métallique par la percussion, après la mort, au niveau des deux régions sous-claviculaires. — Discussion. — 12. Anévrysme et déchirure de l'artère aorte. — Pénétration du sang dans le péricarde.

B. — *Anus contre nature, à la suite de hernie étranglée à l'anneau crural.*

C. *Oblitération de l'artère pulmonaire et des artères du membre inférieur du côté droit.*

*Extrait des procès-verbaux des séances de la Société
anatomique.*

Présidence de M. Cruveilhier.

1.—M. Richard fait une communication verbale relative à la manière dont l'éruption scarlatineuse se comporte sur les tissus de cicatrice.

Une jeune fille portait au cou, au bras gauche et à l'avant-bras du même côté des cicatrices fort étendues, résultant d'anciennes brûlures. La scarlatine était au troisième jour. L'éruption peu marquée sur les autres parties du corps était beaucoup plus foncée au niveau du tissu cicatriciel, sur lequel la coloration était brunâtre, lie-de-vin, et disparaissait sous la pression du doigt, pour reparaître immédiatement après. Cette coloration a persisté plusieurs jours (6 ou 8) après qu'elle avait disparu des parties voisines. Cette persistance de l'éruption et la couleur lie de vin semblent indiquer la nature veineuse de la coloration cicatricielle.

2. — M. Parmentier, déclaré membre admissible de la Société le 14 mai dernier, présente, à l'appui de sa candidature, une pièce anatomique provenant du service de M. Richet. Il s'agit d'un œdème de la glotte, développé sur une malade atteinte du choléra asiatique.

Une jeune femme âgée de vingt-deux ans, d'un tempérament lymphatique, entre à l'hôpital de Lourcine le 12 mai 1849, pour se faire traiter d'une vaginite. Un mois après, les prodromes du choléra asiatique se déclarent, et le lendemain la maladie n'est pas douteuse. Sous l'influence d'une médication appropriée, les symptômes les plus graves se dissipent, et bientôt la réaction commence à s'établir, mais incomplètement. Dix-neuf jours après l'invasion du choléra, c'est-à-dire le 29 juin, au moment où l'on pouvait espérer que la malade allait entrer franchement en convalescence, il survient à minuit, sans cause appréciable, de la gêne dans l'inspiration et de l'enrouement. La malade croit au développement d'un simple rhume; elle fait de temps en temps des efforts de toux, comme pour se débarrasser de quelque chose qui gêne la respiration; tout repos devient impossible.

À six heures du matin, les symptômes ont augmenté d'intensité; la malade éprouve la sensation du froid au-devant du col et de la

poitrine, elle y ramène ses couvertures pour tâcher de se réchauffer. A huit heures et demie, l'inspiration se fait très-difficilement et pendant qu'elle s'effectue, on entend un bruit particulier, et que l'on peut simuler soi-même en faisant une inspiration, après avoir resserré la glotte en rapprochant les cordes vocales. L'expiration est facile et se fait sans bruit ; la malade parle très-bas. Le doigt, introduit dans la bouche, et porté sur l'orifice supérieur du larynx, reconnaît une infiltration considérable des replis muqueux épiglottit-arythénoidien ; infiltration plus considérable à droite qu'à gauche.

Un pinceau imbibé d'une solution de nitrate d'argent est porté sur l'ouverture du larynx. Immédiatement après survient un accès de suffocation ; la malade se met sur son séant ; la face est cyanosée ; les yeux sont fixes et hagards, injectés et larmoyants, les veines jugulaires sont gonflées, les membres supérieurs sont froids et cyanosés comme la face ; le pouls est très-petit, filiforme et d'une excessive rapidité. Quelques instants après, l'accès se calme, et la malade rejette un peu de liquide spumeux ; elle ne peut plus parler, et porte constamment les doigts sur les parties latérales du larynx.

On applique dix sangsues sur le siège de la douleur, et durant ce temps, la respiration paraît plus embarrassée ; l'inspiration est plus bruyante ; un nouvel accès se déclare, et la malade porte constamment sa main sur son cou, comme pour arracher un corps étranger qui l'empêche de respirer.

L'opération de la trachéotomie parut indiquée. Le corps thyroïde étant très-volumineux, on l'incise, et l'on est obligé de pratiquer la ligature d'une veine du côté gauche, avant d'ouvrir la trachée. On place ensuite dans la trachée l'objet le plus convenable qu'on eût sous la main, une sonde de gomme élastique, et on la remplace aussitôt que possible par une canule en argent.

Le soir, on nettoie la canule, et la respiration se fait très-aisément ; l'auscultation des poumons ne fournit aucun bruit anormal ; la malade est calme et ne se plaint que d'un peu de cuisson au niveau de la plaie. La face et les mains sont toujours cyanosées ; les yeux sont caves et cernés ; le pouls est petit, filiforme ; les pulsations ne peuvent être comptées sur l'artère radiale ; on est obligé de le faire sur l'artère crurale ; on en compte 128.

Le 30 juin, à quatre heures du matin, la malade est cyanosée : les traits sont décomposés ; le corps est froid, le pouls radial a complètement disparu ; la respiration se fait librement par la canule, les inspirations sont longues, et ont lieu à des intervalles plus ou moins éloignés. Il y a perte complète de connaissance, et la mort arrive à six heures du matin.

Autopsie. — Examiné vingt-sept heures après la mort, le cadavre n'est pas cyanosé ; il n'y a pas de rigidité des membres. La plaie située sur la ligne médiane du col intéresse la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, la partie moyenne du corps thyroïde et la portion de la trachée située derrière ce corps. Il existe du pus de chaque côté dans le tissu cellulaire environnant les muscles sterno-thyroïdiens. Le corps thyroïde, qui contient du pus dans ses deux lobes, est très-volumineux, et recouvre toute la portion cervicale de la trachée ; son isthme, nullement bifiide, touche les troncs brachio-céphaliques veineux et artériel.

A l'ouverture du thorax, les poumons s'affaissent comme de couteau ; leurs cellules ne sont point dilatées. L'orifice supérieur du larynx est presque fermé par les replis muqueux épiglotté-arythénoïdiens, qui sont presque juxta-posés ; chacun d'eux est considérablement épaissi, infiltré de sérosité. Le tissu cellulaire sous-muqueux est aussi infiltré, en avant du côté de l'épiglotte, dans la moitié de la hauteur de cette lame cartilagineuse, en arrière du côté du muscle arythénoïdien postérieur ; la muqueuse qui recouvre les cordes vocales supérieures et inférieures est aussi soulevée par de la sérosité, de sorte que l'orifice des ventricules du larynx est réduit à une simple fente antéro-postérieure ; la muqueuse du larynx est recouverte, au niveau des cordes vocales, d'une pseudo-membrane peu épaisse ; cette muqueuse ne présente aucune ulcération.

Aucun caillot n'a été trouvé dans les divisions de l'arbre aérien. La muqueuse bronchique est à l'état normal.

La muqueuse du pharynx est rouge ; mais les follicules ne sont pas tuméfiés.

M. Deville voudrait voir adopter la oricotrachéotomie (incision du cartilage avec les deux premiers cerceaux de la trachée) dans les cas où la trachéotomie est indiquée. Si la glande thyroïde est très petite, les deux premiers cerceaux sont à découvert ; si elle

est volumineuse, elle peut s'élever jusqu'au deuxième cerceau cartilagineux ; on refoule alors la glande pour n'avoir pas besoin de l'inciser.

3. — M. Deville montre un canal ou conduit sus-épitrochléen (sus-épicondylien des animaux) donnant anormalement passage à l'artère humérale et au nerf médian.

On trouve, dit-il, d'une manière constante chez certains mammifères, surtout chez des grimpeurs, au bas de l'humérus, un canal osseux à travers lequel s'engage l'artère humérale, et qui est probablement destiné à protéger l'artère contre les pressions extérieures. Ce canal, dit épicondylien chez ces animaux, n'existe pas d'habitude chez l'homme. Jamais, pour mon compte, je n'en avais entendu parler, et je n'avais rien observé qui pût s'y rapporter, lorsque mon attention a été appelée sur ce sujet par la traduction publiée récemment dans la *Gazette médicale* d'un extrait d'un article d'un journal anglais à ce sujet. Depuis lors j'ai examiné ce point d'anatomie avec quelque soin, et deux fois déjà j'ai observé un commencement de formation d'un canal épicondylien, mais auquel, par sa position, il est impossible de conserver ce nom ; aussi, je propose de lui donner chez l'homme, quand il existe, le nom de canal ou conduit sus-épitrochléen.

Dans les deux cas, comme le démontrent les deux pièces mises sur le bureau de la Société, la disposition est très-analogue ; il s'agit dans tous deux de l'humérus gauche ; l'un des humérus provient d'un homme, l'autre d'une femme.

A cinq centimètres environ au-dessus de l'épitrochlée, au moment où l'angle plan où bord antérieur de l'humérus va s'aplatir, où paraître se bifurquer pour rejoindre l'épicondyle d'un côté et l'épitrochlée de l'autre, — on voit naître de la face interne de l'humérus, contre le bord antérieur, une épine osseuse, longue d'un centimètre à un centimètre et demi ; cette épine, aplatie d'arrière en avant, mince, a de haut en bas une base large de près d'un centimètre, et va ensuite, en diminuant de largeur, jusqu'à son sommet, qui est moussé ; d'abord dirigée transversalement, elle se recourbe bientôt en bas, comme si elle avait une tendance à se porter vers l'épitrochlée, de telle sorte que son bord supérieur est convexe, et son bord inférieur concave. Après un centimètre à un centimètre et

démi de trajet, l'épine ou lame osseuse cesse, et de son sommet mousse et étroit naît un cordon fibreux rond, un peu aplati, qui se porte en direction rectiligne de haut en bas, et un peu d'avant en arrière, vers le sommet de l'épitrochlée, à la partie supérieure duquel il s'insère.

De cette disposition résulte entre l'humérus et la base de l'épitrochlée d'une part, l'épine osseuse et le cordon fibreux qui la continue d'autre part, la formation d'une ouverture dont la forme ressemble beaucoup à celle d'un segment de cercle dont la corde aurait quatre centimètres de longueur environ, et la flèche, pour employer une expression usitée et bien comprise, de un centimètre à un centimètre et demi. C'est à travers cette ouverture que s'engagent l'artère humérale et le nerf médian, avec une différence dans les deux cas.

Sur l'humérus de la femme, l'artère et le nerf, arrivés au niveau de l'épine osseuse, s'inclinent un peu en arrière pour longer la face postérieure de cette lame osseuse; puis, arrivés au niveau du bord inférieur ou concave de cette lame, ils se recourbent un peu en avant, pour s'engager dans l'ouverture signalée; dès qu'ils ont traversé cette ouverture, l'artère et le nerf suivent dans le reste de leur trajet, leur direction normale.

Sur l'humérus de l'homme, il n'y a que le nerf médian qui passe ainsi derrière, et puis au-dessous de l'épine osseuse; l'artère humérale n'est pas du tout déviée, et continuant son trajet normal, passe au-devant de la base de l'épine osseuse.

Le cordon fibreux, qui sert à circonscrire cette ouverture anormale, est bien distinct de l'aponévrose intermusculaire interne, à laquelle il se relie cependant par des filaments fibreux; il est placé, comme on le comprend, sur un plan un peu plus antérieur que cette aponévrose, et n'a d'autres relations avec les muscles que de fournir des attaches au muscle brachial antérieur.

Je n'ai aucun renseignement sur les individus de qui proviennent ces deux humérus: tout ce que je sais, c'est que c'étaient deux individus arrivés à l'âge mûr. Je n'ai pu savoir, par conséquent, si c'étaient des personnes ayant l'habitude de grimper, ou ayant une profession qui exposât l'artère à des pressions extérieures répétées.

4. **M. Mercier** présente une sonde de forme particulière. C'est une sonde à double courbure. Elle se présente par le dos du bec, au lieu de se présenter par son bec. C'est une modification de celle qu'a montrée M. Mercier dans un autre temps.

M. Deville demande à **M. Mercier** en quoi cette nouvelle sonde diffère de la sonde ordinaire.

En ce que, répond **M. Mercier**, cette sonde franchit plus facilement l'obstacle qui existe au col de la vessie. Les sondes ordinaires, au contraire, s'enfoncent dans l'épaisseur de l'obstacle. Celle-ci se présente à eux par le dos du bec. Avec la sonde primitive, on abaisse trop fortement le ligament suspenseur de la verge. Il n'en est pas de même avec la sonde à double courbure.

M. Mercier convient que son premier instrument est plus difficile à introduire, mais que dans les cas d'obstacle, on est plus sûr de le faire pénétrer. Avec le deuxième on évite plus sûrement une fausse route qu'avec les sondes ordinaires.

Dureste, la nouvelle sonde de **M. Mercier** n'est destinée qu'au cathétérisme.

M. Caudmont pense, comme **M. Deville**, que le nouveau modèle de sonde présenté par **M. Mercier**, a la plus grande analogie avec la sonde courbe ordinaire, et il attribue précisément à cette analogie les avantages que **M. Mercier** a retirés de l'usage de cette sonde. En effet, le présentateur dit qu'en se servant de cet instrument particulier, il a pu sonder des malades atteints d'engorgement de la prostate en les faisant moins souffrir, et en pénétrant plus facilement qu'avec la sonde coudée.

M. Caudmont affirme qu'on obtient le même résultat en employant une sonde courbe ordinaire, et, selon lui, la sonde coudée est un fort mauvais moyen de cathétérisme dans le cas d'engorgement de la prostate. La forme de la sonde coudée, ajoute-t-il, repose sur ce fait, que dans cette maladie la portion prostatique du canal de l'urètre a augmenté considérablement en hauteur ; mais dans les mêmes circonstances, l'orifice uréthro-vésical présente une grande résistance, et ne s'ouvre que difficilement devant un corps un peu volumineux, comme s'il y avait rétrécissement ; de sorte que, quand on veut franchir ce point avec la

sonde coudée, qui chemine dans le canal de l'urètre en logeant toute la hauteur de sa partie coudée dans la hauteur même du canal, on trouve là un obstacle qu'on ne peut surmonter qu'en employant un peu de force et en faisant souffrir considérablement le malade. La sonde courbe ordinaire, au contraire, pénétrant dans le canal par son bec, ne distend jamais les parois de celui-ci que dans l'étendue nécessaire pour y loger l'épaisseur de son cylindre. Il en résulte qu'exigeant un écartement beaucoup moins considérable des lèvres de l'orifice uréthro-vésical, elle entre dans la vessie bien plus facilement et en produisant bien moins de douleur. La présentation que fait aujourd'hui M. Mercier, ajoute M. Caudmont, vient corroborer ces faits qui m'ont été indiqués par l'expérimentation. Seulement ce praticien explique par la résistance du ligament suspenseur de la verge les difficultés qu'il a rencontrées dans l'application de la sonde coudée, tandis qu'en réalité elles naissent surtout de la cause que je viens d'indiquer.

M. Mercier, répondant à M. Caudmont, répète qu'il ne donne sa sonde coudée que comme un moyen de reconnaître l'existence d'un engorgement de la prostate, et d'éviter plus sûrement la production de fausses routes dans l'épaisseur de la glande.

5. — *Boulland* raconte qu'en étudiant la circulation du sang chez les animaux pendant la vie, il a vu se produire dans les glandes du tube digestif la contraction de l'orifice de ces petites glandes. On dirait qu'il existe une espèce de sphincter à cet orifice. Il suffisait d'y verser un peu d'acide acétique pour la voir se fermer et s'ouvrir alternativement. Ainsi l'on aperçoit quelquefois une ouverture dans les glandes de Lieberkuhn.

M. Deville pense que la présentation de M. Boulland se rapporte à des follicules, et non pas à des glandes. Le fait de la contraction de leurs orifices n'est pas moins constaté. M. Deville ne confondra pas dans l'intestin les glandes avec les follicules. Le produit de leurs sécrétions est différent. On rencontre dans le duodénum des follicules et des glandes.

6. — M. *Moreau* fait voir une pièce anatomique qu'il croit être le produit d'une fracture de la trochlée humérale; elle consiste dans une fausse articulation du coude. Les fragments du côté externe adhèrent aux os de l'avant-bras. L'axe du coude nouveau était

vertical; l'avant-bras jouait dans un plan horizontal, et la femme de qui provient cette pièce frappait constamment sa poitrine.

M. Cruveilhier se demande s'il n'y aurait pas eu simplement une luxation en dehors de l'humérus, et en dedans de l'avant bras sur le bras. Les végétations qu'on observe sur la pièce peuvent être le produit d'une altération. Il s'est fait une fausse articulation.

M. Deville exprime le désir que M. Moreau décrive très exactement l'état des surfaces articulaires, leur forme, leur rapport, etc.

7. — M. Houel montre un fœtus de huit mois et demi environ, qui présente plusieurs anomalies intéressantes: pendant la gestation, la mère ne se rappelle pas avoir reçu de coups sur l'abdomen, ni avoir fait de chute. Seulement, à sept mois environ, le feu ayant pris chez une de ses voisines, elle fut fort effrayée, au point de perdre connaissance; mais il ne survint aucun accident immédiat; l'état général ne fut pas altéré, et sans cause appréciable, elle accoucha prématurément, à huit mois et demi environ. La sage femme, appelée pour l'accouchement, qui fut laborieux, ne reconnaissant pas la position, fit appeler un médecin qui éprouva le même embarras. Il sentait bien une masse molle, difforme, qui était probablement la hernie de l'encéphale; mais il ne s'en rendait pas compte, et sur ces entrefaites, l'accouchement se termina de lui-même.

Le fœtus, dans son ensemble, présente un développement proportionnel moindre que ne le comporte l'époque de la gestation. Il a une longueur de quinze centimètres environ; ses membres sont grêles, et à l'exception du pied droit, tout le côté gauche seul est le siège de la plupart des anomalies.

M. Cruveilhier pense qu'elles sont dues à une position vicieuse du fœtus dans le sein de la mère; on observe, en effet, que le petit monstre présente une inclinaison notable du côté droit; au niveau du bord inférieur des dernières côtes, on remarque un pli qui est dû à cette position vicieuse, de sorte que de ce côté il existe une concavité peu considérable aujourd'hui, mais qu'il est facile d'expliquer, et alors on voit le côté gauche faire une saillie considérable déterminée par le refoulement de ce côté des viscères thoraciques et abdominaux. Si l'on cherche à déterminer la même inflexion latérale à gauche, il y a impossibilité complète de l'obtenir.

Afin de procéder avec ordre dans la description des diverses anomalies que présente ce fœtus, M. Houel les décrit en partant de la tête. Il examine ensuite le tronc et termine par les extrémités.

A. Tête. — La tête est le siège de trois vices de conformation, savoir :

- 1° Une hernie du cerveau et du cervelet;
- 2° Un développement incomplet de l'œil gauche;
- 3° Un bec de lièvre.

La hernie du cerveau et du cervelet est presque complète; la tête est surmontée d'une tumeur ovoïde faisant un relief assez considérable et complètement dépourvu de parties dures; la moitié gauche du coronal, le pariétal entier et la moitié gauche de la portion écailleuse de l'occipital, manquent complètement; à droite ces os n'existent pas également; mais ils sont suppléés par la peau qui présente tous ses caractères normaux, tandis que, du côté gauche elle manque complètement, et semble coupée au niveau du point précédemment indiqué, comme avec un instrument tranchant. La coupe de la peau circonscrit donc au crâne une perte de substance obliquement dirigée de haut en bas et de droite à gauche, qui s'étend, du côté droit, au niveau environ de la partie supérieure de la bosse pariétale, pour se terminer, à gauche, au bord supérieur de l'écaille du temporal. Par cette large ouverture, qui est de 7 centimètres dans sa partie transversale et de 6 dans sa partie antéro-postérieure, le cerveau se trouve en dehors de la boîte crânienne et tout à fait superficiel. Il est seulement protégé par les enveloppes qui le recouvrent. La dure-mère, la seule qu'il soit possible de démontrer aujourd'hui (le fœtus ayant macéré depuis longtemps dans l'alcool), enveloppe le cerveau de toute part, et au niveau de la grande fente cérébrale, elle donne naissance à la faux du cerveau, qui sépare les deux hémisphères, qui sont assez développés; elle offre la même disposition pour la tente du cervelet; de plus, par sa face externe elle a contracté de nombreuses adhérences avec les enveloppes du fœtus, et à sa partie antérieure, elle est intimement unie à quelques cotylédons du placenta, qui sont comme implantés à sa surface, de sorte que le placenta lui est fortement adhérent dans ce point.

L'œil droit est bien conformé; celui du côté gauche, beaucoup plus petit, incomplètement formé, offre onze millimètres de fente palpébrale. Si on écarte la paupière, on trouve en arrière un globe oculaire fort incomplet, dans lequel on ne trouve pas trace de cornée.

La bouche offre à gauche une division complète de la lèvre supérieure, avec une division du bord alvéolaire de l'os maxillaire supérieur, sans division de la voûte palatine. Cette disposition établit une variété moyenne dans le bec de lièvre.

B. Le *tronc* est infléchi à droite et à gauche. Il présente une ouverture considérable, avec perte de substance, ouverture qui intéresse à la fois la poitrine et l'abdomen. Elle s'étend en hauteur depuis la seconde côte environ, jusqu'un peu au-dessous du cordon ombilical, et offre en ce sens une hauteur de six centimètres; sa largeur, rétrécie au niveau du diaphragme, quoique l'ouverture thoracique et abdominale soit commune à la forme d'un sablier; les bords de cette ouverture sont arrondis, déprimés; sur le bord droit se trouve le cordon ombilical, qui est un peu dévié de ce côté. Cette éventration latérale gauche donne issue à un grand nombre de viscères, qui sont les suivants. De haut en bas, nous trouvons : 1° le cœur, qui est assez volumineux, bien conformé, enveloppé de son péricarde, par suite de la pression que lui ont fait éprouver les viscères abdominaux, et en particulier le foie, il a été refoulé de bas en haut, de sorte qu'il est coudé sur son axe, adhérent par sa base à l'ouverture de la cavité thoracique. Sa pointe est dirigée en haut, en avant et à droite; son bord droit est devenu supérieur; le gauche inférieur. Il a donc subi un déplacement considérable par lequel il a été porté en avant, en même temps qu'il a subi un mouvement de rotation sur son axe. A son côté gauche, on trouve un organe aplati fortement adhérent au cœur, au niveau de sa base, et qui paraît devoir être le poulmon.

Au-dessous du cœur se voit une grande partie des viscères abdominaux, qui sont groupés en trois masses : une supérieure, une inférieure, et la troisième à droite; la supérieure est formée par l'estomac, qui est considérablement distendu, ayant la rate accolée à sa grosse tubérosité, et en arrière de cette dernière, le rein gauche. La masse inférieure est constituée par la plus grande partie

du paquet intestinal. On y trouve l'intestin grêle entier et une grande partie du gros intestin, à savoir le cœcum, les colon ascendant, transverse et descendant.

La troisième portion, située à droite de l'estomac avec lequel elle adhère par un point peu étendu, est constituée par le foie, qui est complètement déformé, il résulte de ces faits qu'à l'exception du poumon droit, de la vessie, du vagin, de l'utérus et du rectum, tous les viscères abdominaux et thoraciques sont situés en dehors de leurs cavités naturelles.

C. Le membre supérieur droit est bien conformé; le gauche présente comme anomalie la disposition suivante: l'avant-bras ayant été fortement fléchi sur le bras a contracté des adhérences intimes avec ce dernier, adhérences qui pour l'avant-bras s'étendent jusqu'au niveau du poignet, qui se termine par un appendice unique, qui est un doigt bien conformé; mais il est difficile de déterminer son ordre numérique. Ce membre a subi un degré d'atrophie considérable relativement à celui du côté opposé. Le pied gauche est normal; mais celui de droite présente un pied bot varus très-prononcé relativement à l'âge du fœtus.

8. — M. Houel fait voir successivement deux autres pièces d'anatomie ayant trait l'une au dépôt de fausses membranes dans les voies de l'air, l'autre à une maladie de l'articulation fémoro-tibiale.

La malade de qui provient la première pièce était convalescente depuis un mois, d'une pneumonie qui avait duré cinq semaines. A son entrée à l'Hôtel-Dieu, elle avait le visage complètement cyanosé; la respiration était difficile, la voix presque éteinte, le pouls petit, fréquent et dur. Cette malade toussait depuis longtemps, et depuis trois semaines, elle avait, suivant son expression, été prise d'un mal de gorge qui avait été en augmentant, surtout depuis huit jours.

Des synapismes appliqués aux extrémités inférieures et des sangsues mises au cou avaient apporté d'abord une légère amélioration, mais elle ne s'était point soutenue, et la malade accusait une douleur constante mêlée de prurit au niveau du larynx et du sternum. La toux, ainsi que la déglutition, augmentaient cette douleur. La respiration, extrêmement gênée, avait lieu quarante-quatre fois

par minute, et ses deux temps, qui se succédaient à des intervalles égaux, étaient accompagnés d'un sifflement bruyant, légèrement rauque, qui se traduisait sous forme de râclement. Ce sifflement avait son siège dans le larynx.

L'expansion vésiculaire était très faible, l'expiration était prolongée.

La toux était fréquente, courte, sèche, éteinte comme la voix, différente de la toux croupale, suivie parfois d'expectoration de mucosités jaunes, épaisses, mêlées par intervalles de pellicules blanches et friables. Le pouls était à 156. Les lèvres étaient sèches, blémâtres; il y avait des sueurs nocturnes abondantes.

Au moment de la visite, la suffocation était imminente, la respiration était entrecoupée, saccadée, bruyante, stertoreuse, très-accelérée, très-difficile, accompagnée toujours de sifflement.

Les mouvements du cœur étaient précipités et assez forts pour soulever les parois thoraciques d'une manière très visible.

La tête était renversée en arrière; l'agitation était incessante. Un peu de calme succéda à cet accès. Une dose d'ipécacuanha, en produisant un vomissement, avait amené un soulagement qui ne dura pas.

De nouveaux accès, plus forts et plus prolongés que le précédent, survinrent, et la malade succomba.

A l'autopsie, faite vingt-trois heures après la mort, on trouva les désordres suivants :

Un verre de sérosité dans la plèvre gauche. Adhérence de la plèvre pariétale droite avec le poumon en plusieurs points.

A la base du poumon gauche en arrière, deux tubercules créâtés; lobe inférieur du même côté, dans l'étendue de 4 à 5 pouces verticalement, et dans toute sa largeur, *carnifiée*. En ce point, l'hépatisation est d'une couleur lie de vin; le tissu pulmonaire, lisse, luisant, à l'intérieur, sans granulations, non crépitant, laissant seulement suinter par places un mucus bronchique puriforme, épais, etc.

Glotte rétrécie, inégale, déformée et presque d'un aspect fongueux; cordes vocales détruites, replis glosso-arythénoïdiens déformés, œdémateux, racornis. Toute la cavité laryngo-trachéo-

bronchique est tapissée par une membrane épaisse qui l'enveloppe entièrement à la manière d'un tube intérieur; membrane opaque solide, très-épaisse, cassante, lisse à sa face, qui adhère à la muqueuse, inégale à sa face intérieure, et tapissée par le mucus bronchique très dense et opaque. Au-dessous apparaît la muqueuse, lisse et uniformément rouge. Cette pseudo-membrane forme un tube unique [qui se ramifie dans les bronches. Quelques *follicules isolés* hypertrophiés à l'extrémité de l'intestin grêle.

9. — M. Houel fait voir, au nom de M. Follin, une diastase considérable de l'articulation fémoro-tibiale, provenant d'une femme morte du choléra. L'articulation renferme du liquide; elle est profondément altérée. On voit sur les côtés de l'extrémité supérieure du tibia, et même à l'intérieur de la capsule synoviale, des petits corps, qui ne tiennent plus que par un pédicule et qui présentent quelque analogie avec ceux des articulations. Le condyle interne du tibia n'est pas dépourvu complètement de son cartilage. Du côté externe, le cartilage a tout à fait disparu. L'os est à nu, et même il est usé. Les rapports des surfaces articulaires ne sont pas normaux. Il y a un commencement de luxation. Les disques interposés aux surfaces sont considérablement diminués. On ne trouve plus que le ligament inter-articulaire postérieur.

10. M. Mailliot fait à la Société la communication suivante :

« Une jeune femme portait à la fois une maladie mortelle de la poitrine (tuberculisation pulmonaire) et une hydropisie enkystée de l'ovaire. On entendait du craquement au sommet du poumon droit et du gargouillement au sommet du poumon gauche. La percussion donnait des résultats en rapport avec ces lésions organiques.

Les poumons s'étendaient jusqu'à la cinquième ou la sixième côtes; ils étaient, tout autour des points malades, le siège de bruits vésiculaires exagérés et d'une résonnance tympanique.

Le cœur, considérablement refoulé de bas en haut, s'élevait jusqu'à la clavicule gauche : sa base ne dépassait pas les articulations synchondro-sternales droites des deuxième et troisième côtes, et sa pointe correspondait au troisième espace intercostal.

Le foie s'élevait jusqu'à la troisième côte. Il avait éprouvé un mouvement de bascule absolument semblable à celui qu'on observe

dans certains cas de la maladie dite *fièvre typhoïde*, alors que le tube digestif est considérablement distendu par des gaz.

Au lieu de la matité que l'on trouve à l'état normal du côté droit sur les cartilages des côtes, existait une résonnance tympanitique. Elle était plus prononcée du côté gauche. De chaque côté de l'abdomen la résonnance se continuait, occupant, d'ailleurs, une plus grande étendue à droite. Tout le reste de l'abdomen, y compris la région ombilicale, donnait lieu à de la matité; elle affectait supérieure-ment la direction d'une ligne courbe à convexité supérieure, et, soit que la malade se couchât sur le côté droit, soit qu'elle reposât, au contraire, sur le côté gauche, les résultats de la percussion étaient les mêmes, circonstance opposée à celle qu'on observe lorsqu'il existe un liquide libre dans la cavité du péritoine. La percussion directe, pratiquée sur un des côtés avec une main, faisait éprouver très distinctement la sensation de flot à l'autre main appliquée sur un point diamétralement opposé.

Soulevait-on le ventre avec les deux mains, suivant le conseil donné par Galien, on le trouvait lourd; le palpaît-on sur différents points de son étendue, on sentait de la dureté et des bossélures.

Enfin, quelle que fût la position que prit la malade dans son lit, la forme du ventre ne changeait pas; elle était toujours ovale.

Dans l'espace de six semaines, la maladie de poitrine fit des progrès si rapides, que la malade succomba.

A l'autopsie, on trouva 1° des tubercules crus dans le poumon droit et des tubercules ramollis dans l'autre poumon; 2° un kyste multiple de l'ovaire gauche, ayant des parois très épaisses, très-dures, et renfermant dans sa cavité des liquides de différentes couleurs et de différente consistance; 3° le gros intestin recouvert par l'intestin grêle, et 4° enfin le refoulement considérable du foie, des poumons et du cœur que la percussion et l'auscultation avaient fait découvrir pendant la vie.

10. — M. Mailliot communique une observation ayant pour titre : *Vaste caverne pulmonaire. Voix et respiration métalliques pendant la vie, et absence de tintement métallique. — Bruit métallique par la percussion, après la mort, au niveau des deux régions sous-claviculaires.*

« Un malade âgé d'une quarantaine d'années était entré dans le

service de M. Piorry au mois de novembre 1847, portant des tubercules dans les deux poumons. Il toussait depuis très-longtemps, expectorait beaucoup, et maigrissait tous les jours. Il avait de la diarrhée.

Il avait été difficile de pratiquer la percussion pendant la vie, tant le malade était affaibli, tant il souffrait à la moindre commotion. Il éprouvait, en effet, de la douleur dans le côté gauche de la poitrine, à la base. Quelques jours après, il s'en était déclaré une plus vive à droite et en bas.

La région sous-claviculaire gauche était le siège d'une résonnance obscure, d'une respiration bronchique, d'un murmure vésiculaire exagéré et de râles muqueux.

Il y avait aussi postérieurement des râles muqueux très-abondants, très larges, et une respiration bronchique.

On entendait à la région sous-claviculaire droite une résonnance claire, comme s'il s'agissait d'un emphysème ; mais cette résonnance ne dépassait pas la quatrième côte. On y entendait aussi une voix et une respiration amphoriques, à timbre métallique très prononcé par intervalles. On n'y distinguait point le tintement métallique.

La respiration était accompagnée inférieurement et latéralement de râles muqueux ayant un timbre métallique.

En arrière, la résonnance était exagérée au niveau de l'épine de l'omoplate et dans les deux tiers supérieurs de la fosse sous-épineuse. Au-dessous de ces points sonores, matité très-considérable s'étendant jusqu'à la base du thorax.

Diagnostic. — Je pensai avec M. Piorry et M. Moulin, interne au service, qu'il existait à droite une vaste caverne ou un *pneumo-thorax* circonscrit. 1° En raison de l'existence de la matité du côté droit et de la respiration mêlée à de gros râles sous-crépitaux : induration des poumons par des tubercules et adhérence du lobe inférieur avec le diaphragme et les parois costales ; 2° en raison de la voix et respiration amphoriques, circonscrites au lobe supérieur : vaste excavation tuberculeuse, à parois très minces, et adhérentes à la plèvre thoracique.

Le malade mourut.

Avant d'ouvrir la poitrine, la tête du cadavre étant inclinée en arrière et la bouche étant ouverte, je percutai fortement, sur les

doigts, les régions sous-claviculaires ; chacune fit entendre un bruit métallique. Mais ce bruit, peu intense et assez limité du côté gauche, avait, au contraire, plus d'étendue, plus d'intensité et un timbre plus clair du côté droit. Il fallait, pour produire ces bruits, une percussion beaucoup plus forte à gauche qu'à droite.

Les côtes étant détachées à la partie antérieure de la poitrine, M. Piedagnel, qui assistait à l'autopsie, divisa de haut en bas le poumon droit, sans faire une dissection préalable, et il crut voir un pneumo-thorax compliqué d'un épanchement purulent. Je le crus également. Mais M. Moulin, ayant fait avec soin la dissection que je lui avais réservée, acquit la certitude qu'il s'agissait d'une caverne. Je transcris les notes qu'il m'a communiquées : « Vaste caverne au sommet du poumon droit, ayant pour paroi antérieure une lame bien mince de tissu pulmonaire induré. Cette lame est adhérente à la paroi antérieure..... 2° Sur les côtés autre lame pulmonaire mince, adhérente aux côtes. Le sommet du poumon paraît avoir disparu complètement par la fonte des tubercules. Toute la base de ce poumon est adhérente dans une grande étendue, et présente une masse de tubercules à divers degrés. »

« Il existe à gauche une caverne profonde (1), touchant presque la paroi postérieure du thorax, au niveau de la gouttière vertébrale. Le lobe supérieur du même poumon est farci de tubercules. »

M. Mailliot insiste sur le défaut, dans cette observation, de tintement métallique, et il se demanderait jusqu'à quel point l'absence de ce tintement pourrait aider au diagnostic différentiel d'une caverne pulmonaire ou d'un pneumo-thorax, s'il n'avait présente à son esprit l'observation même récemment signalée par M. Cruveilhier, dans laquelle « il avait fort bien distingué pendant la vie un son argentin, de clochette, sous l'une des clavicules, alors qu'il n'existait qu'une caverne tuberculeuse. »

Resterait, pour établir ce diagnostic différentiel, le siège de production du bruit métallique sur telle ou telle région de la poitrine ; mais ne peut-on pas concevoir l'existence d'adhérences intimes

(1) L'existence de cette caverne n'avait pas été soupçonnée pendant la vie.

de la plèvre pulmonaire avec la plèvre thoracique et diaphragmatique, comme cela existait dans notre observation, ou encore l'existence d'un épanchement pleurétique circonscrit par de fausses membranes ?

M. Barth dit que la coïncidence d'un pneumo-thorax avec un épanchement pleurétique circonscrit par des adhérences est assez rare, et qu'il serait étonnant qu'on ne rencontrât pas plutôt une cavité pulmonaire qu'un pneumo-thorax, lorsque les phénomènes sonores dont il a été parlé ne sont entendus qu'au sommet de la poitrine.

M. Mailliot demande alors s'il est bien démontré que l'existence d'une fistule bronchique soit indispensable pour que le tintement métallique se produise, ou bien si ce tintement peut se faire entendre en l'absence de cette fistule, comme l'a prétendu M. Skoda, de Vienne ? Il est bien possible que la communication des voies de l'air avec la cavité pleurale ne soit plus retrouvée à l'autopsie ; mais ne peut-il pas se faire qu'elle ait été interrompue par de fausses membranes quelque temps avant la mort, ou même dans les derniers moments de la vie ? C'est plus que probable. D'ailleurs, comment M. Skoda pourrait-il démontrer du vivant des malades, la non-existence d'une fistule pleuro-bronchique, alors que le tintement métallique est produit ?

M. Barth partage la manière de voir de M. Mailliot, et il fait remarquer, en outre, que M. Skoda établit en principe, dans son *Traité d'auscultation*, que le tintement métallique peut se produire sans perforation de la plèvre. Du reste, ajoute M. Barth, le médecin Allemand appuie pas sur des observations le principe qu'il admet, puisqu'on n'en trouve aucune dans le cours de son ouvrage. Mais, à défaut de faits, il entre dans des explications. « Selon M. Skoda, il suffirait pour la production du phénomène, qu'il y eût dans la poitrine une cavité remplie d'air et à parois susceptibles de réfléchir les sons : ni le liquide, ni même la fistule ne seraient indispensables, et la voix ou la respiration seule pourraient encore manifester le tintement. » Barth et Roger (*Traité pratique d'auscultation*, 2^e édit., p. 236). Ce sont là, selon M. Skoda, des phénomènes de consonance.

M. Bouteiller cite le fait d'une jeune femme qui présentait un

tintement métallique des plus évidents. Un jour, ce tintement disparut, et dès lors l'état de la malade s'améliora sensiblement, au point qu'elle voulut sortir de l'hôpital. Le chef du service fut désireux de savoir ce qui adviendrait. Il chargea M. Bouteiller de suivre la malade. Elle fut examinée deux fois par semaine pendant un mois par lui, et pendant un plus long temps par un de ses collègues. Le tintement métallique ne se montra plus, et la malade continuant d'aller bien, on la perdit de vue.

42. — M. Cruveilhier raconte qu'il avait dans son service un homme âgé de quarante ans, qui se plaignait de coliques. Il n'alla pas trop mal dans la journée : vers les trois heures du matin, il vit passer un infirmier, et lui dit, avec un air de contentement : Encore une nuit de passé. Il mourut quelques instants après. A l'ouverture, on trouva, avec un anévrysme disséquant de la crosse de l'artère aorte et du tronc innominé, une déchirure des trois tuniques aortiques et de la portion du péricarde qui recouvre l'origine des gros vaisseaux. Le sang avait pénétré, par cette déchirure, dans la cavité du péricarde qu'il remplissait.

Ont été nommés membres adjoints de la Société anatomique, dans la séance du 13 juillet 1849 :

MM.

DURANTEL,

MAILLY,

PARMENTIER.

Anus contre nature, à la suite de hernie étranglée à l'anneau crural.

Par M. MAILLY, int. des hôpit. (Mars 1849).

La nommée Cabrespire, couturière, âgée de 54 ans, est admise le 8 décembre 1848, à l'hôpital des Cliniques, service de M. Richet.

Arrivé au service seulement le 4^{er} janvier 1849, il m'a été impossible d'avoir l'observation exacte de la malade, depuis le 8 décembre 1848. Cependant j'ai pu combler cette lacune dans l'exposition pleine de clarté de M. Richet, mon chef de service, et dans les réponses qu'a faites la malade à toutes mes questions.

La malade portait une hernie à la région crurale droite ; deux mois avant son entrée au service. Cette hernie s'étrangla ; elle consulta un médecin du quartier, qui déclara, après avoir examiné la hernie, qu'elle nécessitait une opération. La malade s'y décida de suite. Le médecin pratiqua alors une ponction assez profonde avec le bistouri. Tout porte à croire qu'il avait pris cette hernie pour un abcès. L'incision donna lieu à un écoulement abondant de matières fécales. La malade continua à recevoir les mêmes soins pendant deux mois ; pour toute médication, on lui appliquait des cataplasmes émollients. Au bout de ce temps, ne voyant pas d'amélioration notable, elle se décida à aller à l'hôpital, le 8 décembre.

Elle portait alors à l'aîne droite une tumeur de la grosseur d'une tête de fœtus, avec une petite incision au milieu, qui laissait écouler les liquides intestinaux. M. Richet reconnut bientôt qu'il avait affaire à un vaste abcès stercoral, et comme la peau rouge violacée qui le recouvrait

menaçait de se sphacéler, il débrida largement pour donner une issue libre aux matières fécales. L'abcès ne tarda pas à se déterger; mais, malgré les incisions, la peau se gangréna, et mit à nu le triangle fémoral, triangle au milieu de la base duquel se trouvait l'ouverture intestinale. Voici quel était l'état de la plaie : les matières s'écoulant par l'ouverture avaient dénudé la moitié interne du couturier et tout le premier adducteur superficiel. Au niveau de l'anneau, se remarquait l'intestin, sous forme d'un bourelet rougeâtre à côté duquel se trouvait une frange épiploïque. La partie saillante de l'intestin ne laissant pas écouler de matière, M. Richet ne tarda pas à reconnaître dans cette partie le bout inférieur de l'intestin, et l'apparence plissée et valvulaire lui fit supposer que c'était une portion du jéjunum qui avait été perforée. A cette époque, la malade était trop faible et trop continuellement en butte à la crainte d'une opération, pour qu'on songeât à appliquer l'entérotome.

Voici quel était l'état des choses au 1^{er} janvier. On apercevait à l'aîne droite la large ulcération triangulaire que j'ai décrite plus haut, au milieu de la base, c'est-à-dire au niveau de l'anneau crural, se trouvait l'extrémité du bout inférieur, sous forme d'une masse rougeâtre boursoufflée. A cette époque, on tentait de nourrir la malade en injectant du bouillon par le bout inférieur. Cette manœuvre donna lieu à des coliques, et on fut obligé d'y renoncer. L'ingestion des aliments par les voies ordinaires donnait lieu très souvent à des coliques, à des envies de vomir, et quelquefois même à des vomissements. Chaque jour, le contact des liquides intestinaux s'écoulant par le bout supérieur causait de vives douleurs à la malade, et détruisait toute tendance à la cicatrisation, pour la vaste plaie de la cuisse. En outre, la malade est continuelle-

ment agitée d'un mouvement fébrile (96 puls.), qui la met dans une faiblesse extrême.

6 janvier.—La malade se trouve un peu mieux aujourd'hui. Le pouls est à 76 ; elle se sent plus d'appétit, et déclare à M. Richet qu'elle est prête à subir toute espèce d'opération pour guérir.

Le samedi, 13, M. Richet, pensant que la malade se trouvait dans des dispositions favorables, se décida à tenter l'application de l'entérotome, pour effacer l'éperon, et rendre la communication libre entre le bout supérieur et le bout inférieur de l'intestin, qui fait saillie au niveau de l'anneau crural.

Le lendemain, 14, M. Richet passa une sonde de femme dans le bout inférieur, et avec une autre sonde, il alla à la recherche de l'orifice du bout supérieur, qu'il ne tarda pas à trouver. Il y enfonce alors la sonde de dehors en dedans ; le bout supérieur était dirigé obliquement vers la ligne blanche, le bout inférieur regardait du côté de la fosse iliaque droite. M. Richet retira alors la sonde du bout supérieur en l'appliquant contre la paroi intestinale qui formait l'éperon et le choc qui résulta de la rencontre des deux sondes l'avertit qu'il était arrivé à l'ouverture de communication des deux bouts de l'intestin. Cette opération lui indiqua également quelle était la saillie de l'éperon. Alors, avec des pinces à griffes et des ciseaux courbes, il excisa l'extrémité du bout inférieur qui faisait saillie au dehors, et remit au lendemain l'application de l'entérotome, parce que les tentatives qu'avait nécessitées cette première opération avaient causé trop de douleur à la malade pour lui permettre d'en supporter de suite une seconde.

L'examen du bout inférieur excisé fit présumer que M. Richet ne s'était pas trompé, et que c'était une portion du jéjunum qui avait été perforée. En effet, la mu-

quense présentait un nombre assez considérable de valvules. On appliqua à la malade un gâteau de charpie avec un bandage spica de l'aine.

Le soir, la malade se trouvait bien. Elle n'avait eu qu'un peu de douleur au niveau de la plaie et quelques coliques.

On se prépare aujourd'hui à appliquer l'entérotome; M. Richet veut encore une fois s'assurer, à l'aide des deux sondes de femmes, de la direction positive des deux bouts de l'intestin, il éprouve une grande difficulté pour trouver le bout supérieur, et l'introduction de la sonde détermine l'issue d'un fragment de graisse ressemblant à une frange épiploïque. Evidemment la difficulté à trouver les bouts de l'intestin tenait à une rétraction mésentérique considérable, et ce qui le prouve, c'est l'introduction des deux sondes, qui fait voir que la saillie de l'angle interne était beaucoup moins considérable que la veille. Cependant l'issue de ce fragment de graisse fit craindre à M. Richet d'avoir rompu par ses tentatives les adhérences très-faibles de l'intestin à la paroi abdominale. Le soir, la malade va bien; il n'y a aucun symptôme de péritonite, point de ballonnement du ventre, pas de coliques. La malade a même de l'appétit; il ne s'écoule que peu de liquide par la plaie.

17. La malade a éprouvé hier quelques douleurs au niveau du rectum, et a eu une selle liquide par l'anus, il ne s'est écoulé qu'un peu de liquide par la plaie.

L'examen de la plaie fait constater une diminution énorme de la saillie de l'éperon. M. Richet émet alors l'idée d'achever de l'effacer à l'aide du moyen employé par Desault pour le matelot de Moulins (Observ. citées par Boyer). A cet effet, il fait faire une plaque en corne, en forme de fourche. Une des dents doit être introduite dans le bout supérieur, l'autre dans le bout inférieur, et l'éperon correspondant à l'espace qui les sépare.

20. La malade continue à bien aller ; elle évacue par les voies ordinaires, mange bien ; il ne sort plus qu'un peu de liquide par la plaie. On applique la fourche en corne par dessus laquelle on met un tampon de charpie, maintenue par un bandage.

21. La malade a souffert après l'application de la fourche ; il ne s'est presque pas écoulé de matières par la plaie. On maintient la fourche appliquée et maintenue à l'aide d'un tampon.

22. La malade ne peut pas supporter plus longtemps l'application de la fourche ; elle va bien du reste. On la laisse libre, en recouvrant simplement la plaie avec un gâteau de charpie.

L'amélioration progresse de jour en jour : selles naturelles tous les jours. Ecoulement d'une petite quantité de liquide ; digestion facile ; cependant la malade ne peut supporter la viande ; elle ne mange que des légumes, et encore faut-il qu'elle les choisisse.

On songe à faire cicatriser la plaie.

1^{er} février. Pansement au linge cératé et charpie. Même état que ces jours passés.

La malade a eu pendant le commencement du mois quelques alternatives de bien et de mal. Mais en somme, elle se trouve mieux, à part toutefois le manque d'appétit et l'impossibilité de digérer certains aliments ; la plaie se cicatrise rapidement ; il ne s'écoule qu'un peu de liquide, et les matières continuent à suivre le cours naturel.

24. La malade s'est plaint hier de quelques coliques ; elle a vomi ; cependant il n'y avait pas de douleur par la pression à l'abdomen. Pas de frisson, en un mot, presque aucun des symptômes d'une péritonite. La plaie est dans le même état.

22. La malade ne ressent pas de douleur, mais elle continue à ne plus pouvoir manger.

23. Hier, la malade a été prise de diarrhée. Elle a eu quatre selles. On prescrit diascordium, 10 grammes.

24. La diarrhée est arrêtée ; mais la malade est très-affaiblie ; elle ne peut avaler que quelques cuillerées de bouillon. Même état de la plaie que les jours précédents.

28. Les trois jours précédents, l'état de la malade ne s'est pas modifié : aujourd'hui elle est d'une faiblesse extrême. La langue est noirâtre, les yeux sont ternes, le poulx est insensible.

La malade a succombé dans la nuit du 28 février au 1^{er} mars.

Autopsie. — La portion intestinale herniée est située dans la dernière partie de l'iléon, à deux décimètres du cœcum ; le bout inférieur est appliqué contre la fosse iliaque droite ; le bout supérieur est dirigé obliquement vers la ligne médiane. Le bout supérieur présente une dilatation double de celle du bout inférieur ; ils offrent tous deux un peu de rougeur inflammatoire.

La saillie de l'éperon est peu considérable ; l'ouverture de communication des deux bouts présente un centimètre de diamètre. Les adhérences qui unissent l'intestin à la paroi abdominale sont très-minces et très-faibles, et de plus très-courtes. La communication avec l'extérieur ressemble à un trajet fistuleux. On remarque, au niveau du point où l'intestin adhère à l'anneau une ligne celluleuse blanchâtre correspondant au sommet de l'angle formé par le mésentère.

On trouve, au niveau de l'infundibulum un débris de l'épiploon qui s'était engagé dans l'anneau avec la hernie, et dont une portion était sortie lors de l'introduction des sondes dans les deux bouts, et avait fait croire un moment à une rupture des adhérences.

En examinant le reste du tube intestinal, on trouva une portion du jéjunum plongée dans le cul-de-sac recto-utérin et y adhérant assez fortement. Une légère traction suffit pour déchirer cette portion d'intestin, qui est ramollie, et dont la muqueuse présente une teinte inflammatoire violacée très-manifeste. Le diamètre de l'intestin en ce point est notablement diminué. On trouve dans le cul-de-sac recto-utérin du tissu cellulaire épaissi et comme infiltré de pus et de matière tuberculeuse. Le rectum et la fin de l'S iliaque du colon présentent des parois très-épaisses ; la muqueuse est teinte d'une rougeur très-vive, très-intense. Le reste du tube intestinal est parfaitement sain. L'utérus, la vessie et les autres viscères ne présentent rien de remarquable.

Réflexions. Cette observation nous présente plusieurs points importants :

Il est évident que la malade n'a pas succombé à son anus contre nature ou à l'opération qu'il a nécessitée. C'est ce que prouvent les symptômes qui ont précédé la mort et l'examen cadavérique. En effet, nous n'avons vu pendant la vie aucun signe qui pût faire croire à une rupture de l'entéroïd membraneux et à un épanchement de matières fécales dans le péritoine, et l'examen des pièces a démontré, après la mort, qu'il n'y avait nullement eu de rupture des adhérences, et que le péritoine n'avait pas été enflammé.

On peut trouver des causes bien plus puissantes de la mort dans le rétrécissement inflammatoire que présente la portion du jéjunum engagée dans le cul-de-sac recto-utérin, et qu'on trouve également au niveau du rectum et de l'S iliaque du colon.

2° Je crois devoir insister sur la puissance de la rétraction mésentérique qui en vingt-quatre heures a suffi pour

cache dans l'abdomen l'orifice des bouts de l'intestin qu'on avait trouvé si facilement la veille.

3° Il faut surtout remarquer la médication de Desault, renouvelée par M. Richet, avec une légère modification, et dont le succès a été pleinement confirmé par l'examen des pièces anatomiques. Cette médication, qui vient parfaitement en aide à la nature, me paraît jusqu'à un certain point préférable à l'application de l'entérotome, en ce qu'elle cause beaucoup moins de douleur au malade, en ce qu'elle expose beaucoup moins à rompre les adhérences celluleuses de l'intestin à la paroi abdominale, en ce qu'elle remplit parfaitement le but qu'on se propose, c'est-à-dire l'effacement de l'éperon.

Oblitération de l'artère pulmonaire et des artères du membre inférieur du côté droit.

Par M. LEGRAND, int. des hôpitaux.

La nommée Bourgeois, âgée de 77 ans, veuve, sans enfants, entra à l'infirmerie de la Salpêtrière, salle St-Denis, n° 19, le 15 septembre 1848.

Cette femme, d'une constitution chétive, présentait des symptômes d'emphysème pulmonaire et d'une affection du cœur peu prononcée, tels que : étouffements, battements irréguliers, sans souffle, ni enflure des jambes, et de plus des coliques à l'épigastre.

Elle fut atteinte quelques jours plus tard d'une pneumonie du côté gauche qui n'offrit rien de remarquable ; une potion stibiée (0.30) et un vésicatoire sur le côté malade suffirent pour éteindre cette inflammation peu intense.

Pendant la convalescence de la pneumonie, vers les derniers jours de septembre, les signes d'irritation du côté de l'estomac parurent s'aggraver ; il y eut plusieurs vomis-

sements, la langue devint sèche, la soif vive, l'épigastre très sensible à la pression; on appliqua deux fois des sangsues à un intervalle de trois jours, la première fois dix, la seconde six; il s'en suivit une amélioration sensible. La malade néanmoins ne revint pas à un état complet de santé, l'affaiblissement, persista, et fut suivi d'une langueur de toutes les fonctions, facile à concevoir chez une femme de cet âge, surtout après plusieurs maladies.

Elle était donc restée dans les salles, lorsque le 24 octobre, elle attira de nouveau l'attention. Elle se plaignait d'éprouver des douleurs dans la jambe et la cuisse du côté droit. Le membre examiné offrit une teinte violacée, prononcée surtout au pied et remontant sous forme de marbrures jusqu'à quatre et cinq pouces environ du pli de l'aîne. La douleur, qui s'élevait jusqu'à la crête iliaque, avait son maximum dans le bout du pied. Le membre était plus volumineux que celui du côté gauche, le dos du pied était un peu œdémateux au niveau des métacarpiens; la veine saphène était gonflée et tendue près de la malléole; enfin il y avait absence de battements artériels au pli de l'aîne, et les doigts pouvaient sentir au-dessus de ce point un cordon solide sur le trajet des vaisseaux fémoraux, cordon qu'on pouvait rapporter aussi bien à la veine qu'à l'artère. La température du pied, point important, n'était pas sensiblement changée. Pouls radial faible, peu accéléré; langue sèche.

L'œdème commençant du membre, sa teinte générale, le gonflement de la saphène, firent tout d'abord penser à une oblitération veineuse; mais l'absence de battements artériels au pli de l'aîne et au creux poplité vint compliquer le diagnostic, qui fut: oblitération des deux vaisseaux, veine et artère. L'expérience démontra plus tard la précision de ce diagnostic. On prescrivit: tilleul additionné de bicarbonate de soude, 3 gr. par pot, 4 pilule de chlo-

rhydrate de morphine, compresses laudanisées sur le membre. — Bouillon.

Le 25. — Le membre est dans le même état, mais le pied est sensiblement refroidi, les douleurs sont très vives. Toujours absence des battements de la fémorale et de la poplitée. Une pilule de morphine (1 centigr.) toutes les deux heures, tant que les douleurs persistent. Le soir du même jour à six heures, la température du pied sain étant de 35° et demi centigrades, celle de la plante du pied malade est de 25° et demi. — Différence 10 degrés.

Le 26. — La coloration bleuâtre a disparu du membre; elle est bornée au pied, la température semble un peu relevée, les douleurs sont beaucoup moins vives. La nuit a été calme; il y a eu plusieurs heures de sommeil, le gonflement paraît aussi avoir un peu diminué. La sensibilité tactile est obtuse sur la cuisse et la jambe, et complètement abolie au pied. La langue est toujours très sèche et le pouls petit. Vin de Collioure 60 gr. Le soir, la température du pied malade est de 26° et demi.

Le 27. — Le pied est encore froid, l'œdème sur la face dorsale près des orteils est un peu augmenté, la coloration cyanosée est bornée aux orteils, les douleurs sont toujours moins vives; on continue les pilules de morphine. Le soir, le pied et la jambe sont très froids. On les enveloppe d'ouate après les avoir garnis de compresses laudanisées, chauffées; un rouleau rempli d'eau chaude est placé le long de la jambe.

Le 28. — La chaleur est revenue dans la jambe et même dans le pied; mais elle paraît artificielle, la sensibilité est toujours nulle, la face inférieure des orteils tout à fait violette.

Le 30 et le 31. — Même état; ce dernier jour l'ecchymose des orteils remonte sur le dos du pied.

Le 1^{er} novembre. — Les douleurs sont de nouveau fort

moments de la vie remontait jusqu'à la moitié de la cuisse ; a disparu ; elle est bornée aux orteils et à une petite portion de la face dorsale du pied. Les muscles du membre, en général, mais surtout de la jambe, sont plus foncés, plus mous, et infiltrés de sang noir.

Les poumons sont emphysémateux, gorgés de sang noir ; le bord postérieur du gauche, vers la partie moyenne, présente une caverne remplie de sang noir, au milieu de laquelle flotte un lambeau long de trois pouces, d'aspect gangréneux, mais sans odeur ; cette caverne, qui a le volume d'un petit œuf, a sa paroi postérieure constituée seulement par le feuillet pulmonaire de la plèvre ; elle est complètement superficielle ; le tissu du poumon qui l'entoure en avant et sur les côtés est induré.

L'estomac est le siège d'une inflammation ancienne ; sa muqueuse offre une coloration gris-brun, elle est parsemée d'un pointillé vasculaire très fin ; adhérente et ramollie, le grattage avec le scalpel ne peut la détacher que par lambeaux très-petits.

L'intestin grêle ne présente rien de particulier.

Cæcum. — La muqueuse est rouge et couverte de petites ulcérations à fond grisâtre, comme gangréneuses ; elle est également ramollie.

La muqueuse du rectum est encore plus rouge, elle offre çà et là des grumeaux blanchâtres, pseudo-membraneux, elle ne s'enlève que par lambeaux de six lignes.

Rate. — Extrêmement ramollie, diffuente.

Foie. — Un peu congestionné. On trouve à la face inférieure du lobe de Spigel, sous la capsule de Glisson et comme enclavée dans le tissu du foie, une concrétion très dure, très dense, presque éburnée, du volume d'une noisette. Une autre concrétion semblable, mais beaucoup plus petite, siège sur la face convexe dans la capsule même de Glisson.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

XXIV^e ANNÉE.

BULLETINS Nos 8,9,10. (Août, Septembre, et octobre
1849).

RÉDIGÉS

PAR MM. BARTH, BOUTEILLER, BROCA, CAUDMONT,
CRUVEILHIER, DEVILLE, DUCLOS, HOUEL, MACQUET,
POUMET, RICHARD, THIBAUT, et MAILLIOT, SECRÉTAIRE.

SOMMAIRE.

A.—Extrait des procès-verbaux des séances de la société.

- 3 Août. — 1. Abscès multiples du rein droit. — Eruption erythématopapuleuse. — Destruction du cartilage thyroïde. — Mort. — Autopsie. — 2. Fœtus de six mois présentant une hernie ombilicale du volume d'un œuf de poule. — Ouverture cadavérique. — 3. Cancer de l'os des îles.
4. Valvule de l'urètre découverte par M. Guérin. — 5. Luxation atloïdo-axoïdienne.
- 10 Août. — 6. Pleurésie tuberculeuse et infiltration tuberculeuse des deux poumons; péricardite avec fausses membranes. — 7. Hypertrophie du cœur et des valvules aortiques. — Insuffisance de la valvule auriculo-ventriculaire gauche. — Discussion relative

à la percussion du cœur. — 8. Augmentation de volume et fragilité des os du crâne chez un homme de 67 ans. — Disparition de quelques sutures. — 9. Fractures multiples du crâne chez un enfant de 8 ans, qui a fait une chute sur la tête, fracture du maxillaire inférieur. — Ecartement de plusieurs sutures. — 10. Kyste multiloculaire de l'ovaire

17 Août. — 11. Hernie du foie à travers le diaphragme déchiré, consécutive à une chute d'un deuxième étage. — 12. Nouvelle sonde de M. Mercier. — 13. Tumeur provenant du cou d'un mouton ; était-elle un débris d'hydatides, la suite d'un épanchement sanguin ou une hypertrophie glandulaire ? — 14. Deux pieds bots varus. — Réflexions et discussion. — 15. Luxation latérale interne du coude, discussion.

24 Août. — 16. Pneumothorax avec absence de murmure vésiculaire, de voix amphorique et de tintement métallique, tandis que la toux et la voix étaient retentissantes et à timbre métallique, — chez un individu atteint de tubercules, et ne présentant pas après la mort, de fistule bronchopleurale. — 17. Communication de l'œsophage avec la trachée. — 18. Absence de l'un des condyles de l'os maxillaire inférieur ; est-elle normale ? — 19. Description des artères constituant les arcades gingivales supérieures et inférieures. — 20. Lésions organiques trouvées chez un individu mort de fièvre typhoïde. — 21. Tubercules dans les ovaires, la matrice, les poumons, etc.

B. Quelques considérations sur l'ethmoïde, le vomer et la cloison cartilagineuse du nez. — Observation et rapport.

C. Rétrécissement organique de l'œsophage. — Emploi d'un nouveau mode de dilatation. — Amélioration sensible. — Méningocéphalite. — Mort. — Autopsie.

D. Vingt-sept tumeurs constituées par l'élément fibro-plastique, existant sur une vieille femme dans diverses régions du corps.

**Extrait des procès-verbaux des séances de la Société
anatomique.**

Présidence de M. Cruveilhier.

1. — M. *Loudet* communique à la société une observation ayant pour titre :

Choléra. — Abscès multiples du rein droit. Eruption érythémato-papuleuse. Destruction du cartilage thyroïde. — Mort. — Autopsie.

Blain J., âgée de 36 ans, lingère, entre le 9 juin 1849 à l'Hôtel-Dieu, salle St-Joseph, n° 21.

Atteinte d'un choléra intense : diarrhée datant de 5 heures ; vomissements blanchâtres ; dépôt de riz, crampes, perte de la voix, cyanose légère de la face et des mains, faiblesse extrême du pouls. Traitement tonique énergique. (Fei., Rhum 20 gram ; 1/4 lav. laud. Syd. 15 gout. ; extr., ratanhia 4 gram., seltz, thé, glace.)

Diminution des vomissements ; ils persistent peu nombreux jusqu'au 7^e jour, les crampes ont cessé dès le deuxième.

La malade tombe dans la prostration. Faiblesse extrême, somnolence presque constante, soif, sécheresse de la langue. Le 9^e jour de la maladie, éruption papulo-érythémateuse des membres, disparue en 6 jours, sans aucun phénomène général. Desquamation furfuracée.

Au 29^e jour de la maladie, développement d'une tumeur saillante, fluctuante à la région sous-hyoidienne au niveau du cartilage thyroïde, s'étendant les jours suivants jusque près de la fourchette sternale. A l'auscultation, signes évidents de tubercules ramollis au sommet gauche du poumon, sueurs nocturnes, crachats diffluent, purée jaune verdâtre.

15 jours après son apparition, la collection liquide développée au cou disparaît, la malade rend par le vomissement une matière manifestement purulente ; au fond de la cavité demeurée vide au cou, on sent quelques irrégularités du cartilage thyroïde.

La malade tombe dans une prostration plus grande et succombe au 41^e jour de son entrée à l'hôpital.

Les urines étaient dans les derniers jours de la vie purulentes. Jamais elle n'a accusé de douleurs dans aucune partie de l'abdomen.

A l'autopsie.

Destruction de la moitié latérale droite et un peu de la gauche du cartilage thyroïde, collection purulente entre les muscles sous-hyoidiens ayant un aspect de macération évident, communiquant avec la partie antérieure du ventricule laryngien.

Tubercules pulmonaires ramollis et nombreux. Vaste collection purulente sous les fausses côtes droites, contenant environ un litre de pus phlegmoneux jaunâtre, contenue dans une cavité dont les parois étaient formées en arrière, par la face antéro-supérieure du foie recouvert de fausses membranes jaunâtres; le tissu cellulaire péri-néphrétique rempli de pus: inférieurement le grand épiploon était intimement appliqué contre le rebord des fausses côtes, l'épanchement étant ainsi limité et ne communiquant pas avec l'abdomen.

Le rein droit d'un volume presque normal, uretère non dilaté, bassin et un peu plus volumineux que celui du côté opposé sans dilatation des calices, parsemé de petits abcès du volume d'un pois ou comme une tête d'épingle dans la substance corticale ou tubuleuse; principalement abondants à la périphérie où ils communiquent à travers la fibreuse d'enveloppe perforée d'un grand nombre de petits trous avec l'atmosphère celluléux suppuré du rein et la collection purulente.

Vessie. Colonnes charnues un peu développées, sans rougeur ni vascularisation de la muqueuse, urine purulente, ulcérations tuberculeuses dans l'intestin grêle, la rate est petite, exsangue. »

M. Deville rappelle le fait de M. Parmentier dans lequel le larynx n'était pas intéressé, bien qu'il y eût du pus dans la glande thyroïde; des abcès se forment dans la convalescence des fièvres graves, dans les diverses parties du corps, cela se voit également dans le choléra; si l'altération des cartilages n'était pas si profonde dans l'observation de M. Leudet, M. Deville l'aurait rapprochée de celle de M. Parmentier.

M. Caudmont demande quelle est l'affection qu'a suivie l'état typhoïde. M. Leudet répond : le choléra.

M. Caudmont ajoute alors qu'il est convaincu qu'un léger degré d'inflammation du rein a précédé cette affreuse maladie; l'uretère est dilaté, il y a eu donc un obstacle à l'émission de l'urine. Cet obstacle a déterminé une phlogose qui a prédisposé à l'affection des

reins, et ce qui prouve que cet obstacle a duré, même quelque temps, c'est que les parois de la vessie sont hypertrophiées.

Dans les autopsies qu'il a faites de cholériques, M. Deville a rencontré du pus dans quelques ganglions mésentériques.

M. Lendet n'a point trouvé d'abcès, et cependant il a fait aussi de son côté de très nombreuses autopsies de sujets morts du choléra. Une fois seulement il a rencontré une pleurite et une péritonite purulente consécutives au choléra.

2. — *M. Houel*, montre un fœtus d'environ 6 mois qui lui a été remis par madame Louise Museux, sage femme, pour être déposé dans le Musée Dupuytren. Ce fœtus présente une hernie ombilicale congénitale du volume d'un œuf de poule. La tumeur est de forme pyramidale; le sommet qui adhère à la paroi abdominale offre ceci de particulier, qu'il est assez rétréci; il présente un centimètre 1/2 de diamètre, tandis que la base offre cinq centimètres; les parois de la poche sont très minces, transparentes; elles se sont rompues pendant l'accouchement, cette rupture a eu lieu au niveau de la base de la tumeur, et elle offre une fente de 4 centimètres par laquelle l'intestin grêle en grande partie peut s'échapper. Les parois de cette poche sont constituées par deux membranes qui ont contracté quelques adhérences entre elles, l'externe est plus mince, plus facile à déchirer, l'interne plus épaisse, plus résistante est comme aponevrotique; au niveau de l'ouverture abdominale, ses deux membranes se continuent avec le pourtour de l'ouverture ombilicale, l'externe fait suite à la peau. Il est probable que l'interne se continue avec le reste de la paroi abdominale, mais la pièce étant destinée au Musée Dupuytren, M. Houel n'en a pas poursuivi la dissection.

Le cordon ombilical ne correspond pas au centre de la tumeur. Comme M. Cruveilhier l'a parfaitement observé, il est circonferentiel et correspond à la partie latérale gauche de la tumeur à laquelle il s'insère à un centimètre environ de son sommet.

Les viscères contenus dans la tumeur sont les suivants: Le foie entier s'y trouve compris, et occupe la partie droite de la poche. La partie gauche renferme tout l'intestin grêle avec le cœcum et la portion du colon ascendant; au niveau du pédicule se trouve l'estomac auquel est accolée la rate qui fait également hernie.

Un fait important à constater, c'est que le mésentère de l'intes-

tin grêle hernié est rompu au niveau de son adhérence à la colonne vertébrale. Il semble qu'il n'ait pas pu se prêter à l'allongement qu'il aurait dû subir, pour que tout l'intestin vint ainsi faire hernie en dehors de sa cavité naturelle. Cette rupture est ancienne, car les bords en sont cicatrisés; on se demande alors comment cette portion considérable d'intestin grêle privée de ses vaisseaux a pu continuer à vivre; car l'artère mésentérique supérieure a dû être détruite à sa base. Il faut alors que l'artère mésentérique inférieure seule, avec l'artère pancréaticoduodénale ait suppléé à la circulation de l'artère mésentérique, car l'intestin est convenablement développé et libre de toute adhérence avec les autres parties contenues dans la tumeur.

L'intestin iléon, à un centimètre environ de son insertion, dans le cœcum, présente une cicatrice ayant la largeur d'une lentille. Cette cicatrice est déchirée dans son centre, et communique avec la cavité intérieure de l'intestin par laquelle on aperçoit les matières contenues dans sa cavité.

M. Houel ne croit pas que cet orifice soit artificiel; il lui paraît ancien. Il n'a cependant trouvé aucune matière étrangère contenue dans le sac herniaire. L'intestin, au niveau de cette ulcération, présente un rétrécissement assez notable.

3. — *M. Houel* montre encore un os des fies provenant d'un vieillard qu'il a connu et qui est mort depuis dix ans. Il se rappelle que ce vieillard boîtaît, mais il ignore les circonstances de la maladie qui l'a conduit au tombeau; cet os des fies présente sur ses deux surfaces des végétations osseuses on ne peut plus considérables, sous forme d'aiguilles; ces végétations recouvrent toutes les surfaces lisses. M. Houel se demande si ce serait là un cancer.

M. Cruveilhier n'en doute pas.

M. Barth penche aussi vers cette opinion, et il ajoute qu'il a déposé dans le temps au musée Dupuytren une pièce tout-à-fait semblable.

4. — *M. Deville* annonce à la société qu'un de ses collègues de Clamart, M. Guérin, vient de découvrir dans le canal de l'urètre une valvule tout-à-fait semblable aux valvules sigmoïdes ou au calamus scriptorius. Elle est à deux ou trois centimètres de profondeur, et elle constitue avec la paroi de l'urètre un véritable nid de pigeon.

La profondeur de cette valvule est de un centimètre; le bord libre regarde vers le méat urinaire. Cette valvule est constante; elle est placée sur la paroi supérieure du canal.

M. Deville fait, à l'occasion de cette valvule les réflexions suivantes: tous ceux qui ont catéthérisé, dit-il, ont été souvent arrêtés par ce fait que chez un homme qui a un rétrécissement assez notable, une petite bougie conique à de la peine à traverser un trajet de plus de 3 à 4 centimètres. Arrivée là, la bougie pénètre immédiatement après. Que s'est-il donc passé? il y avait lieu de se demander s'il n'existait pas là quelque valvule. Cette idée n'est venue à personne. On avait admis, sans examen, une lacune de Morgagni, mais ce n'était qu'une supposition lorsque M. Guérin est venu constater l'existence d'une valvule aussi notable que les valvules des veines.

M. Richard trouve cette découverte importante au point de vue du catéthérisme, mais se ra-t-elle changer la pratique? des chirurgiens conseillent de porter en haut la sonde recourbée; ou l'introduit avec la main gauche, en ayant soin de faire regarder en bas la concavité. La connaissance de la valvule théorise le fait, et l'explique à la fois.

On n'est jamais arrêté, dit M. Deville, que par des bougies pointues extrêmement fines. Ce sont elles seules qui s'engagent dans la valvule urétrale.

M. Caudmont pense que MM. Deville et Richard ont raison, chacun à leur point de vue. En effet, quand on passe la bougie fine, on bute contre la paroi supérieure du canal de l'urètre; mais il a toujours vu la bougie passer, parce que le chirurgien en portait instinctivement la pointe contre la paroi inférieure. Ce phénomène s'explique, outre la valvule de M. Guérin, par la forme concave de la paroi inférieure de l'urètre, tandis que la supérieure est convexe et par cela même arrête les instruments.

5.—M. Cruveilhier a reçu dans son service, il y a un mois environ, une jeune femme qui portait un torticolis. On se demandait s'il siégeait dans les muscles ou dans les articulations, lorsque le lendemain survint une paralysie du bras droit. Bientôt le membre inférieur du même côté se prit à son tour; puis l'autre côté, et enfin la phonation et la déglutition devinrent impossibles.

On trouva, après la mort, une luxation atloïdo-axoïdienne. L'apophyse odontoïde était placée sur un côté du bulle rachidien ; elle était complètement détachée de l'axis.

6. *M. Macquet* présente une péricardite avec épanchement et fausses membranes provenant d'un jeune homme, âgé de 21 ans, qui était couché au n° 28 de la salle Saint-Jean-de-Dieu, à la Charité. Ce malade était venu se faire traiter dix mois auparavant pour une pleurésie du sommet du poumon gauche; il y avait alors un bruit net et distinct de frottement pleurétique. La voix était retentissante, l'expiration un peu prolongée, un peu soufflée. On attachait moins d'importance qu'on ne le fait de coutume aux caractères de la voix et de la respiration qui viennent d'être signalés, à cause de la présence du bruit dû aux fausses membranes. On ne trouva rien d'anormal du côté du cœur. — *Un vésicatoire fut appliqué.* Le frottement se fit avec moins de bruit. Mais bientôt survinrent des craquements secs et d'autres signes non douteux de la tuberculisation pulmonaire. Un peu plus tard cette maladie envahit le poumon droit.

Il y avait un mois que le malade était à l'hôpital, lorsque des palpitations et un sentiment d'oppression plus marqué que d'habitude se déclarèrent. On saisit alors un bruit superficiel, bien caractérisé de frottement péricardique. — Le bruit pleurétique était devenu plus sec. Ces symptômes et ces signes physiques étaient accompagnés d'un état fébrile. — On eut recours à l'application d'un vésicatoire sur la région précordiale. Le frottement du péricarde fut toujours entendu, mais il se fit avec moins de bruit. On remarqua une voussure de la paroi gauche du thorax. La percussion pratiquée dans ces circonstances fit trouver une matité non interrompue depuis la clavicule jusqu'à la base de la poitrine. Cette matité s'étendait même jusqu'à la rate, qu'on ne pouvait séparer du poumon ni du cœur. Le malade mourut.

Autopsie. On trouva des tubercules dans les deux poumons. Il existait des deux côtés des fausses membranes excessivement épaisses ; elles étaient, à droite, peu adhérentes entre elles. De petits grains tuberculeux se voyaient dans le tissu cellulaire sous-pleural. La lame du poumon qui recouvrait le péricarde renfermait aussi des petits grains bien marqués de matière tuberculeuse. Le péricarde adhérent avec cette lame du poumon renfermait 1 litre environ de

sérosité verdâtre mêlée à des flocons albumineux. Il y avait des fausses membranes à la partie supérieure du cœur. Sur le bord droit de cet organe on remarquait une place rougeâtre. On trouvait une coloration semblable à la surface interne du péricarde, mais on n'y distinguait pas des vaisseaux parfaitement formés.—Des fausses membranes recouvraient également l'oreillette droite. Les valvules ne présentaient aucune altération.

M. Barth fait remarquer que c'est surtout dans les affections tuberculeuses qu'on trouve ces sortes de suffusions sanguines dont il vient d'être parlé.

M. Mailliot fait remarquer à son tour que le cœur présenté par M. Macquet est hypertrophié. L'absence de l'indication de cet état anatomique ne peut être qu'un oubli de la part du présentateur. Cette hypertrophie mérite d'être signalée à cause du rôle que quelques auteurs ont fait jouer aux fausses membranes qui contractent des adhérences, après avoir tapissé le cœur et le péricarde. Ces auteurs ont prétendu que l'hypertrophie du cœur se développait sous l'influence de ces adhérences. Dans le cas particulier qui nous occupe, il n'existait point d'adhérences, et il n'y avait pas moins une hypertrophie du cœur.

7. M. Macquet fait voir une deuxième pièce d'anatomie prise sur un jeune homme âgé de 32 ans, mort le 30 juillet, à la suite d'un bain chaud qu'il prit à la fin du mois de juin, il fut obligé de s'aliter. Il y avait de l'essoufflement, des palpitations à la moindre fatigue. On comptait, le jour de son entrée à la Charité, de 30 à 32 inspirations par minute. Il y avait de l'orthopnée. La matité de la région précordiale était plus étendue d'un tiers qu'à l'état normal. L'impulsion du cœur était assez vive. Il y avait de la voussure. L'auscultation du cœur donnait les résultats suivants :

Premier temps : tintement métallique au niveau de l'orifice aortique. Ce tintement métallique était argentin. Il se propageait jusque sous la clavicule gauche et ne masquait pas le premier bruit cardiaque. L'oreille étant toujours appliquée au niveau de l'origine des gros vaisseaux, on entendait le deuxième bruit du cœur éclatant et parcheminé.

Pratiquait-on l'auscultation à la pointe du cœur, on distinguait au premier temps un bruit de souffle rude, râpeux, qui précédait

sans intervalle le deuxième bruit, c'est-à-dire qu'il occupait la place du premier silence.

En présence de ces signes, on diagnostiqua une hypertrophie du cœur avec épaissement et insuffisance de la valvule auriculo-ventriculaire gauche.

Sur ces entrefaites, survint une pneumonite qui se maintint assez longtemps au deuxième degré. Dans le cours de cette pneumonite eut lieu une hémorrhagie pulmonaire, et le malade mourut au bout de quatre jours.

A l'autopsie on trouva :

1° Des fausses membranes anciennes unissant la plèvre pulmonaire gauche à la plèvre pariétale;

2° Une hépatisation grise occupant le tiers inférieur du poumon gauche et une hépatisation rouge dans le reste de son étendue. Il y avait çà et là quelques points ramollis, particulièrement à la base.

3° Une hypertrophie considérable du cœur;

4° Une hypertrophie des valvules aortiques criant sous le ciseau;

5° Une insuffisance de la valvule auriculo-ventriculaire gauche;

6° Enfin dans l'oreillette correspondante un caillot sanguin, adhérent et supportant des tractions assez fortes sans se rompre. Ce caillot était recouvert par une membrane lisse. Il est probable qu'il s'était formé pendant la vie.

Discussion. — M. Deville demande à M. Macquet de quelle manière il a procédé pour constater l'insuffisance auriculo-ventriculaire gauche.

M. Macquet répond qu'il a ouvert le ventricule près de la pointe, et qu'il a versé de l'eau par l'orifice auriculo-ventriculaire. Il n'attache pas à cette expérience le même prix qu'à celle qu'on peut faire sur les valvules de l'aorte; cependant il ne la croit pas indifférente pour le cas particulier dont il est question. Du reste, ajoute M. Macquet, il y a une disproportion entre l'orifice auriculo-ventriculaire et la cavité de l'oreillette, et cette disproportion était beaucoup plus évidente avant qu'on n'eût fait macérer le cœur dans l'eau.

M. Deville rappelle alors les expériences qu'il fit dans le temps, avec M. Notta. Ils firent passer de l'eau dans les ventricules pour

examiner de la différence de facilité avec laquelle ce liquide traverserait les orifices cardiaques, à l'état de santé et de maladie. Si l'on devait juger de l'insuffisance des valvules, dit-il, à ce seul fait qu'elles se laissent traverser par l'eau, il y aurait insuffisance dans tous les cœurs ; mais ce qui distingue la véritable insuffisance, c'est la rapidité avec laquelle se laissent traverser les orifices correspondant aux valvules insuffisantes. L'eau disparaît à mesure qu'on la verse dans les ventricules. Dans les cœurs normaux, au contraire, l'eau s'écoule beaucoup plus lentement. M. Macquet a-t-il fait les expériences comparatives ? A la simple inspection, l'insuffisance n'est pas démontrée pour M. Deville. L'oreillette ne lui paraît pas non plus notablement dilatée.

M. Macquet répète que le séjour dans l'eau a fait subir quelques changements à sa pièce anatomique. Il n'a pas reproduit comparativement les expériences dont vient de parler M. Deville sur un cœur sain et sur le cœur malade qu'il présente ; mais il s'en est rapporté, pour juger la question particulière, à ses souvenirs. C'est pourquoi il soutient le fait de l'insuffisance de la valvule auriculo-ventriculaire et celui de la dilatation de l'oreillette. Cette dilatation existe nonobstant le caillot sanguin ; elle était plus grande avant la formation de ce caillot.

M. Mailliot appelle l'attention de la Société sur ce qu'a dit M. Macquet relativement à la percussion du cœur. M. Macquet, dit-il, conclut de l'étendue, plus grande qu'à l'état normal, de la matité précordiale, à l'hypertrophie du cœur. On peut apprécier, et on apprécie souvent, en effet, assez approximativement le volume du cœur par la connaissance de la portion de cet organe que les poumons ne recouvrent pas. Mais ce moyen de procéder ne saurait conduire à des résultats aussi précis que ceux qui sont fournis par la limitation du cœur dans son ensemble.

Il y a bien des années déjà que l'on jugeait du volume entier du cœur par l'étendue de ses rapports avec les parois thoraciques ; mais par les progrès incessants de la science, on est parvenu à déterminer sur le vivant, comme sur le cadavre les limites du cœur, malgré la présence des poumons. Il ne serait pas nécessaire d'aller si loin s'il était vrai de dire que toujours il existe un rapport entre la portion du cœur qui n'est pas recouverte par les poumons, et la

portion du cœur que les poumons recouvrent. Mais ce rapport est loin d'être constant ; M. Bouillaud n'a pas craint de le reconnaître ; MM. Piorry et Andral l'ont reconnu également, et j'en ai fait moi-même bien des fois la remarque dans les nombreuses autopsies que j'ai faites *ad hoc*. Certaines maladies des poumons rendent encore ces rapports plus inconstants. Il n'est donc pas possible de s'en rapporter trop exclusivement à la matité précordiale pour juger des dimensions du cœur. On arrive bien mieux au but qu'on se propose en suivant la marche dès long-temps adoptée par M. Piorry. Il ne se contente pas de limiter la portion du cœur libre des poumons, il limite aussi l'autre portion sur laquelle s'avancent les poumons. On obtient ainsi d'une part la matité cardiaque, et d'une autre part l'obscurité du son cardio-pulmonaire.

Mais pour arriver à ces résultats, il y a un procédé opératoire à suivre ; il y a des règles précises dont on ne peut pas s'écarter, à moins de vouloir s'exposer à consacrer plus de temps à ses recherches, et souvent inutilement.

M. Macquet déclare qu'il ne saurait atteindre au degré de perfection auquel est parvenu M. Piorry par exemple ; il n'espère pas pouvoir limiter l'oreillette droite, ni peut-être même les artères aorte et pulmonaire.

Les poumons sont pour lui un obstacle à la limitation des ventricules, quel que soit d'ailleurs le corps intermédiaire sur lequel il percute (le doigt ou le plessimètre). Mais il limite avec facilité la portion de la face antérieure du cœur, qui n'est séparée de la paroi thoracique que par le péricarde. Cette matité a la forme d'un losange, et l'étendue de cette matité augmente ordinairement en raison du volume du cœur.

M. Mailliot répond qu'il n'a rien à dire quant à présent des oreillettes et des artères principales du cœur, qui ne sont pas en cause dans cette discussion, mais qu'il ramènera la question sur son véritable terrain. Il ne condamne pas la pratique de ceux qui limitent avec beaucoup de soin la matité cardiaque ; mais il étend, d'ailleurs, avec M. Piorry, les limites de la percussion, en recherchant par delà les poumons les points correspondants à la circonférence du cœur. Autant il est important de bien déterminer la matité cardiaque, pour s'élever, par elle, au diagnostic différentiel de certai-

des maladies du cœur et du péricarde, autant il est utile de connaître le volume et la forme du cœur, pour savoir si l'on a affaire à un anévrysme ou à une hypertrophie de l'organe tout entier ou de l'un de ses ventricules.

Et pourquoi la percussion médiate, habituellement employée, ne donnerait-elle pas aujourd'hui les résultats que Corvisart obtenait presque de la percussion directe?

Quelques médecins s'étonnent que l'on puisse parler de la possibilité de reconnaître par la percussion médiate un anévrysme de tel ventricule ou de tel autre. Mais Corvisart établissait déjà ce diagnostic. Il le fondait sur le lieu que l'obscurité du son occupait sur le thorax. Il n'est donc pas surprenant que l'on fasse au moins aussi bien que Corvisart avec la percussion pratiquée suivant la méthode de M. Piorry. Il ne faut pas se dissimuler d'ailleurs que, pour ce qui regarde la percussion, comme pour ce qui a trait aux autres moyens d'exploration, il y a une distinction à faire entre la partie scientifique et la partie pratique.

M. Barth rappelle à cette occasion qu'il est des cas complexes dans lesquels une maladie du cœur pourrait ne pas se révéler à la percussion par ses signes habituels : lorsqu'il existe un emphysème pulmonaire prononcé, il arrive souvent que le cœur se trouve extérieurement recouvert par le bord antérieur du poumon gauche ; et l'interposition d'une lame épaisse de tissu spongieux, en empêchant la matité de se produire pourrait faire méconnaître, à un examen superficiel, une hypertrophie cardiaque plus ou moins considérable.

Ces résultats pourraient de plus conduire à des conséquences erronées, et faire attribuer, par exemple, à la seule influence de l'emphysème pulmonaire, des infiltrations des membres inférieurs, qui appartiennent réellement à la maladie organique du cœur.

Cette opinion, soutenue par quelques médecins, et reproduite dans un mémoire récent, semble au premier abord assez rationnelle et il ne répugne pas d'admettre que l'anasarque ne puisse être une conséquence d'une lésion de l'appareil respiratoire qui gêne si notablement l'hématose.

M. Barth lui-même était primitivement enclin à partager cette manière de voir ; mais les faits ont depuis modifié son opinion.

C'est ainsi qu'en 1836, étant interne des hôpitaux, il a eu occasion d'observer un malade présentant les signes d'un emphysème pulmonaire très prononcé, et atteint en même temps d'un œdème considérable des membres inférieurs. La région précordiale rendait à peine un son obscur et les bruits du cœur étaient faibles, éloignés de l'oreille. En l'absence des signes physiques habituels de l'hypertrophie, on crut pouvoir expliquer l'œdème par l'emphysème des poumons. Mais, le malade ayant succombé, on trouva un cœur très volumineux caché sous le bord antérieur du poumon gauche.

M. Mailliot s'étonne qu'on puisse dire et que l'on ait pu imprimer que le volume du cœur puisse être réellement méconnu, lorsque la plessimétrie possède des moyens si sûrs, si bien démontrés pour déterminer exactement les dimensions de ce viscère, quelle que soit d'ailleurs l'élasticité du poumon.

M. Barth répond qu'il ne nie pas que, dans les cas dont il a parlé une percussion faite avec soin, pratiquée par des mains exercées et avec différents degrés de force, ne puisse arriver à des résultats plus précis, et qu'il n'a voulu parler que d'une erreur possible par une percussion ordinaire telle qu'on la ferait, par exemple, sur un malade très souffrant. Car, ajoute-t-il, à côté du point de vue scientifique, il y a aussi le point de vue d'humanité. Or une percussion énergique ne lui semble pas toujours possible; chez certains malades, elle peut aggraver la douleur; chez d'autres, elle pourrait devenir dangereuse, dans le cas, par exemple, d'une dilatation anévrysmatique de l'aorte. Cette réserve semble à M. Barth d'une grande importance dans la pratique, et le premier soin du médecin doit consister à ne pas nuire; c'est ainsi encore qu'il faut s'abstenir de palper vivement la fosse iliaque droite vers le neuvième ou le dixième jour d'une fièvre typhoïde, de peur de favoriser la rupture d'un intestin ulcéré, et distendu par des gaz.

M. Mailliot répond que la question d'humanité est certainement des plus importantes et que celui qui en manquerait commettrait une faute bien grave. Mais la crainte de faire du mal ne doit pas aller jusqu'à laisser le diagnostic incomplet. Quand même il serait vrai que, pour arriver au diagnostic, on dût provoquer quelque mal, est-ce que cette considération devrait arrêter? Les chirurgiens ne mettent pas dans leurs investigations une si grande réserve. Quand ils sont

appelés auprès d'un malade qu'on suppose atteint d'une fracture, par exemple, évitent-ils, pour ménager sa sensibilité, d'examiner le membre, et de rechercher s'ils perçoivent ou non de la crépitation? Quelle différence y a-t-il donc entre une question chirurgicale et une question de médecine? Donc, si l'on ne pouvait pas éviter de faire souffrir un malade pour savoir ce qu'il a, il faudrait bien se résigner à le faire souffrir. Mais ces cas là sont exceptionnels, et ils ne dispensent pas d'accepter les règles générales.

D'ailleurs, chaque médecin doit percuter avec plus ou moins de force, suivant sa conscience, et l'on peut obtenir presque tous les résultats de la percussion en frappant assez légèrement. Auenbrugger et Corvisart recommandaient de procéder lentement et avec douceur. On n'a qu'à suivre ce conseil.

M. Duclos est de l'avis de M. Barth quand il blâme les excès que commettent quelques médecins et chirurgiens dans leurs recherches pour assurer le diagnostic; mais il pense qu'il ne faut pas juger un moyen d'exploration tel que la percussion, d'après ces exagérations. Pour la limite du cœur, en particulier, quand il s'agit uniquement de la pratique, il n'est pas nécessaire de dessiner la figure complète de cet organe. En suivant les règles auxquelles faisait allusion M. Mailliot, on arrive très bien à trouver quatre points qui suffisent à la rigueur pour indiquer : 1° la limite du rebord supérieur du cœur; 2° la limite du rebord inférieur; 3° celle de la base et 4° celle de sa pointe. Quant à la fatigue que, d'après M. Barth, l'on fait éprouver aux malades, elle est nulle, si l'on sait bien percuter. Il est inutile de percuter violemment quand on se rappelle que les qualités du son indiquant les limites du cœur n'ont rien d'absolu; mais qu'elles sont relatives. M. Barth, ajoute M. Duclos, vient de dire que l'emphysème pulmonaire avait été confondu avec des maladies du cœur telles qu'une hypertrophie, par exemple, et il conclut de cela que des praticiens distingués ont été dans l'impossibilité de reconnaître par la percussion les limites du cœur. M. Barth a dit encore que ces erreurs étaient préjudiciables aux malades et à la science, en ce qu'on attribuait des œdèmes des membres inférieurs au trouble de la circulation pulmonaire. M. Barth a raison, et un seul moyen existe, en dépit de l'habileté des praticiens distingués, pour assurer le diagnostic, c'est la plessimétrie du cœur bien

faite. On évitera, par ce moyen, de confondre l'emphysème pulmonaire avec l'hypertrophie du cœur.

Enfin, si dans les hôpitaux, on fatiguait quelquefois certains malades, ce sont les besoins de la clinique qu'il faudrait accuser, et non les professeurs chargés d'instruire les élèves.

M. Bouteiller déclare qu'il s'associe pleinement aux opinions émises et par M. Mailliot et par M. Duclos. On ne saurait, dit-il, s'élever trop contre les craintes que l'exercice de la percussion fait naître chez certaines personnes. Ceux qui pensent qu'il est utile de frapper très fort, pour limiter le cœur, la partie supérieure du foie, ou enfin celle de la rate sont dans l'erreur. Ils oublient qu'il y a deux choses bien distinctes dans les résultats obtenus par les médecins qui percutent bien; d'abord l'impression perçue par l'oreille, ensuite l'impression perçue par les doigts. Cette dernière est d'autant plus nette que l'on percute plus délicatement, et la première gagnerait peu à une percussion exercée violemment.

La pratique répond à la théorie. En effet, M. Bouteiller, interne dans le service de M. Piorry, où un très grand nombre d'élèves s'exercent à la percussion plessimétrique, affirme que les malades ne se plaignent jamais, même quand on limite le cœur. Vient-on, dans un excès de crainte, suspendre l'exploration, au bout de quelques minutes, les malades eux-mêmes demandent qu'elle soit continuée, puisque, disent-ils, on la fait dans leur intérêt, sans aucun détriment pour eux.

Quant à la possibilité de limiter le cœur dans sa totalité, continue M. Bouteiller, je me rappelle avoir vu M. Mailliot se livrer à cette exploration à l'hôpital de la Pitié, sur un cadavre. Quatre des aiguilles enfoncées dans la poitrine furent trouvées *littéralement* tangentes au cœur. La cinquième avait un peu effleuré l'organe, et soit dit en passant, M. Mailliot est peut-être de tous ceux qui se livrent assidûment à la percussion celui qui percute le moins fort.

M. Richard, intervenant dans le débat qui vient d'avoir lieu, fait observer qu'il est survenu accidentellement à propos d'une présentation, et que pour ce motif il est bon de ne pas lui donner d'autre suite à cause des autres présentations qu'il reste à faire.

M. Macquet désire qu'il soit inscrit au procès-verbal, avant d'a-

bandonner cette discussion, qu'elle eut lieu à l'occasion d'une hypertrophie du cœur, qui avait été diagnostiquée. Il désire aussi qu'il soit dit dans ce procès-verbal qu'il a insisté sur ce fait, savoir : 1° que pour les besoins ordinaires, il est inutile de rechercher la figure exacte du cœur ; 2° qu'il y a une différence entre la percussion pratiquée sur le vivant et celle pratiquée sur le cadavre ; 3° qu'il n'arrive à limiter l'aorte qu'à la condition qu'elle soit dilatée ; 4° enfin, qu'il n'a jamais pu limiter les oreillettes.

8. — M. Foucher met sous les yeux de la Société le crâne d'un vieillard de soixante-sept ans, qui présente une altération remarquable. M. Foucher regrette de ne pouvoir donner à la Société que des renseignements incomplets sur le malade auquel appartenait le crâne. Il avait été reçu à l'hôpital (service de M. Laugier) pour une fracture de l'humérus gauche, à la réunion de son tiers supérieur avec le tiers moyen. Ce malade était très-affaibli physiquement et moralement ; aussi mourut-il après six ou sept semaines de séjour à la Pitié.

A l'autopsie, on trouva la fracture de l'humérus sans trace de consolidation. Les extrémités des fragments étaient érodées, et le tissu osseux était manifestement raréfié sans augmentation de volume. Les parties molles environnantes flasques et infiltrées ne présentaient pas de traces de travail inflammatoire. A l'ouverture du crâne, on fut surpris de la grande quantité de sang qui s'écoulait de ses parois et de la facilité avec laquelle l'instrument pénétrait dans le tissu osseux. Après quinze jours de macération dans de l'eau pure, on put constater facilement les particularités suivantes : la surface externe rugueuse semble dépourvue dans la plus grande partie de son étendue de la lame du tissu compact normal. Dans les endroits où elle existe, elle est très mince, et dans ceux où elle manque, le crâne présente, à la dureté près, l'aspect d'un séquestre.

A la face interne, au contraire, le tissu compact est partout conservé avec les gouttières que l'on y rencontre ordinairement ; mais cette surface présente une grande quantité de mamelons de forme irrégulière. Ces mamelons existent à peine dans les fosses occipitales et dans les fosses orbitaires ; ils sont plus allongés et moins saillants. Par suite de cette disposition, l'apophyse *crista galli* est énorme.

L'épaisseur des parois crâniennes est considérablement augmentée, surtout en avant et en arrière. En avant, elle est de un à un centimètre et demi. En arrière, le summum de l'épaisseur est de près de trois centimètres. La voûte orbitaire, si mince ordinairement, a plus d'un centimètre d'épaisseur. En un mot, l'augmentation d'épaisseur est manifeste dans tous les points.

La consistance de tous les os du crâne est considérablement diminuée. Le scalpel y entre avec la plus grande facilité, et le moindre effort les réduit en poudre, d'autant plus que ce tissu, presque partout spongieux, renferme çà et là des cavités assez vastes.

Au milieu de ces altérations, toutes les sutures ont disparu, et le crâne semble absolument formé d'un seul os. Chose remarquable ! les trous sont partout conservés.

M. Fouché pense que ce crâne, dont il compare l'aspect à celui que présenteraient des os enterrés depuis longtemps, a subi une grande déperdition de ses éléments organiques.

M. Deville exprime le désir que l'analyse chimique vienne confirmer cette manière de voir, et que le présentateur veuille bien tenir la Société au courant de ses recherches.

M. Lebert demande que l'on fasse aussi l'examen microscopique de la pièce.

M. Cruveilhier s'informe si, pour aider la séparation des parties molles, on n'a pas employé de potasse caustique, ou tout autre substance capable de détruire les matières organiques.

Le présentateur répond d'une manière négative.

9. — M. Foucher présente ensuite un autre crâne appartenant à un enfant mort dans le service de M. Laugier, à la Pitié, à la suite d'une chute sur la tête.

Cet enfant, âgé de huit ans, tomba d'un troisième étage sur le pavé, le 23 juin 1849, et fut immédiatement apporté à l'hôpital, où l'on constata l'état suivant :

La sensibilité générale et la motilité sont conservées. La face est pâle, le front tout entier est recouvert d'une tumeur bleuâtre, mollassse, ecchymotique, reposant sur un fond dur, mais inégal, et présentant à son pourtour un rebord bien tranché et évidemment osseux. A un centimètre au-dessus du sourcil droit existe une pe-

ôte plaie, pouvant à peine recevoir l'extrémité d'une sonde ordinaire. Les paupières, celles du côté droit surtout, sont considérablement tuméfiées et ecchymosées, et ne peuvent être relevées, de sorte que l'état de l'œil dont les mouvements sont conservés, ne peut être constaté. Le nez est notablement aplati; les deux moitiés de l'os maxillaire inférieur sont mobiles l'une sur l'autre, ce qui est dû à une fracture verticale de cet os, siégeant un peu à droite de la ligne médiane.

Le thorax et les membres ne présentent aucune trace de fracture ni même de contusion, la région épigastrique seule est un peu sensible à la pression.

Le malade a vomi, au moment de l'accident, une grande quantité de matières alimentaires mêlées de sang, lequel provenait des fosses nasales, par lesquelles il s'en écoule encore assez abondamment. Les mouvements de la langue sont très libres; l'intelligence est nette, mais lente, et le malade répond parfaitement aux questions qu'on lui fait, et se plaint d'une douleur siégeant au front, où il porte sa main à chaque instant. Le pouls est petit, mais normal quant à sa fréquence, la respiration est lente et bruyante. (Glace sur la tête).

Le 24 juin, à la visite, le malade est encore dans un coma assez profond; mais à l'assoupissement succèdent par intervalles des mouvements rapides de rotation de la tête; les membres s'agitent de temps à autre. L'intelligence est conservée, mais obtuse; ses réponses sont lentes; la motilité et la sensibilité sont aussi conservées. Le pouls, à 120, est peu développé. Le malade a eu pendant la nuit des vomissements assez abondants et ensanglantés. Le nez a fourni une grande quantité de sang. Depuis hier soir, écoulement de sérosité par la petite plaie sus-orbitaire. Pas de selles ni d'urines involontaires.

Le 25 juin, le malade est dans une agitation continuelle; il prononce continuellement des paroles que l'on ne parvient pas à saisir. Il pousse des cris plaintifs par intervalles, et retombe pour quelques instants dans le coma; cependant il paraît encore comprendre ce qu'on lui dit; la sensibilité générale existe toujours. Le pouls est à 160, et développé, la peau chaude. L'écoulement de sérosité par la plaie sus-orbitaire a continué avec abondance; le nez fournit

toujours du sang, mais très fluide et comme mêlé de sérosité. La tumeur frontale a conservé son volume; les paupières sont très-tuméfiées par une infiltration séro-sanguine. (*Saignée de deux palettes. Lavement laxatif. Glace sur la tête.*)

Le 26 juin, le petit malade est très agité. La face est rouge, la peau chaude, le pouls très fréquent et développé; les membres supérieurs sont continuellement en mouvement et un peu contracturés; les inférieurs s'agitent continuellement. La tumeur frontale est plus volumineuse, et la tuméfaction des paupières plus considérable.

Mort à midi.

A l'autopsie, on trouva :

Les *organes abdominaux* dans l'état sain; intestins distendus par des gaz; ecchymose noirâtre, de 1 centimètre et demi d'étendue sur la face externe du cœcum.

Poumon gauche sain. Lobe inférieur du poumon droit présentant dans son bord postérieur une teinte lie de vin, ne crépitant plus sous la pression, et pénétré d'une grande quantité de sang. Du même côté, on trouve dans la cavité de la plèvre un demi verre d'un liquide limpide, roussâtre, dont la source, d'abord inconnue, est révélée par une petite ouverture irrégulière de l'œsophage, située à droite, immédiatement au-dessus du diaphragme, et laissant suinter un liquide semblable à celui que contient la plèvre. L'estomac renferme le même liquide. Cœur normal.

Région frontale saillante et mollassse; çà et là on y rencontre les aspérités de fragments osseux; paupières tuméfiées et ecchymosées. La partie supérieure de la face a une teinte d'un jaune livide.

En incisant transversalement le cuir chevelu au niveau des oreilles, on rencontre au-dessous une couche noirâtre, s'étendant à droite jusqu'au niveau de l'oreille, et dépassant ce niveau, à gauche, de trois centimètres.

Dans la partie moyenne de la région frontale, le tissu cellulaire est pénétré d'une grande quantité de sang, et présente de vastes loges qui, soulevant la peau, formaient la tumeur considérable qui avait été notée en ce point. Le périoste est déchiré en plusieurs endroits correspondant aux points fracturés, et à mesure qu'on

l'enlève, on voit sourdre à travers plusieurs ouvertures du crâne la substance cérébrale en bouillie couleur lie de vin.

La partie la plus reculée des lobes postérieurs est contuse d'un centimètre en largeur, et de deux ou trois millimètres en profondeur, un peu ramollie, rouge dans sa couche superficielle. Le reste des lobes postérieurs et le cervelet sont sains. Le lobe antérieur droit est désorganisé à une profondeur de plus de 1 centimètre, et la substance cérébrale convertie en bouillie rougeâtre. La substance blanche du même lobe est semée de petits points rouges dans une épaisseur de 1 centimètre. La pie-mère et l'arachnoïde correspondante au même lobe sont infiltrées de pus. Le lobe antérieur gauche, sans être désorganisé, présente le même piqueté rouge, qui caractérise les contusions du cerveau. Le nerf olfactif droit est complètement détruit. Légère couche de sang sur la convexité des lobes postérieurs.

Le crâne que M. Foucher met sous les yeux de la Société présente une multitude de fractures sans enfoncement notable.

1° A trois centimètres en avant de la suture fronto-pariétale, on voit une fracture courbe, à concavité antérieure, commençant à gauche, à deux centimètres en dehors de la ligne médiane, et s'étendant à droite jusqu'à la suture sphéno-frontale, fracture sans écartement, avec légère dépression du fragment inférieur. De cette fracture partent deux petites fissures verticales de 1 centimètre à 1 centimètre et demi de longueur. 2° Dans sa portion sus-orbitaire droite, le frontal présente trois fragments triangulaires, n'adhérant plus que par un de leurs côtés, et formant par leur réunion une saillie assez considérable, et laissant entre eux des ouvertures irrégulières. L'arcade orbitaire droite est divisée par deux fissures verticales. 3° A un demi centimètre de la ligne médiane du frontal, et tombant sur les os du nez, une fracture avec écartement de 2 millimètres, à sa partie inférieure. 4° Fracture sans écartement, s'étendant obliquement sur la bosse frontale gauche, jusqu'à l'apophyse orbitaire externe, division de l'arcade orbitaire du même côté par deux fissures verticales. 5° Les os propres du nez sont brisés en un grand nombre de fragments, ainsi que les os unguis et l'ethmoïde. 6° La portion orbitaire du frontal présente de chaque côté plusieurs fissures. 7° La grande aile droite du sphénoïde est

séparée du corps de l'os par une fracture qui descend verticalement et divise en deux portions l'apophyse ptérygoïde du même côté, cette fracture vient aboutir au trou déchiré antérieur. 8° Fracture du rocher droit à sa partie moyenne, tombant sur la suture occipito-mastoïdienne, qui présente un léger écartement. 9° Fracture verticale, très nette du maxillaire inférieur, située à un demi centimètre à droite de la ligne médiane. 10° Ecartement de la suture médiane qui unit les portions horizontales des deux maxillaires supérieurs et celles des os palatins. 11° Ecartement des sutures qui unissent l'os malaire au maxillaire supérieur de chaque côté, et à droite écartement de la suture du frontal et de l'os malaire, et de celle du même os et de l'apophyse zygomatique, de telle sorte que l'os malaire droit est presque complètement désarticulé, et peut se détacher du crâne. Les dents sont intactes.

- Les membranes du cerveau sont largement déchirées en deux points : 1° Au niveau de la fosse ethmoïdale droite; 2° Au niveau de la fosse frontale du même côté. Elles sont intactes au point correspondant à la fracture du rocher.

Le présentateur pense que cette pièce vient à l'appui de l'opinion qui veut que l'écoulement de sérosité dans les fractures du crâne, ait sa source dans le liquide céphalo-rachidien. Car le malade n'a pas présenté d'écoulement séreux par l'oreille, et on trouve les membranes intactes au niveau du rocher; au contraire, l'écoulement séreux a eu lieu par l'ouverture du frontal, et les membranes sont déchirées en ce point, et si l'on n'a pas constaté un écoulement de sérosité bien évident par le nez, on peut penser que la sérosité mêlée à la grande quantité de sang qui fluait par cet orifice a pu passer inaperçue.

M. Deville fait remarquer que l'écartement des deux maxillaires supérieurs et celui des sutures de réunion de l'os malaire et du maxillaire supérieur qui sont si serrés est un des faits les plus rares que l'on ait occasion d'observer.

10.—M. Cruveilhier fait voir un kyste multiloculaire de l'ovaire, provenant d'une jeune femme mère de plusieurs enfants. La malade était considérablement infiltrée des membres inférieurs. La fluctuation était très sensible, et telle qu'on l'observe dans l'hydro-péritonée (ascite). M. Cruveilhier introduisit le trocarn, et il

s'écoula une énorme quantité de liquide visqueux, couleur chocolat. Puis survint une inflammation interne que l'on combattit par des moyens calmants et adoucissants, mais inutilement ; car la malade succomba.

On trouva, à l'autopsie, une péritonite adhésive, avec de longues bandes très rouges et des couches pseudo-membraneuses.

M. Cruveilhier rappelle, à cette occasion un autre fait d'hydropisie enkystée de l'ovaire, qu'il a observé sur la fille de la princesse Borghèse. MM. Jadioux, Récamier, etc., ayant été consultés, la ponction du kyste fut proposée. Elle eut lieu, fut suivie de gangrène de la poche et de la mort.

Ce n'est qu'à son corps défendant que M. Cruveilhier se décide à pratiquer cette opération, d'autant mieux qu'il a vu des kystes rester stationnaires de nombreuses années, dix, vingt, trente ans, et plus.

M. Mailliot est de l'avis de M. Cruveilhier. Il pense qu'en général, la ponction des kystes de l'ovaire est suivie, même assez rapidement d'une terminaison funeste. Il faut donc, avant de se résoudre à opérer, avoir la conviction que, par le seul fait de la tumeur, la vie de la malade est compromise.

Dans le fait cité par M. Mailliot à la Société, dans la séance du 20 juillet dernier, et dont l'observation se trouve consignée dans le bulletin du même mois (pag. 122 et suiv.), il existait un kyste multiple si volumineux, qu'il avait appliqué le cœur contre la clavicule, et cependant la malade n'a succombé qu'à l'anhématosie consécutive à un refoulement extraordinaire des poumons joint à des tubercules.

M. Bouteiller, sans vouloir en rien réfuter l'opinion émise par M. Cruveilhier sur les dangers de la ponction, rapporte qu'il dernièrement une femme est sortie du service de M. Piorry, soulagée par une ponction d'un kyste ovarique, avec cette particularité que cette ponction était la vingt-quatrième. Les vingt-trois autres avaient été faites dans divers hôpitaux de Paris, à des intervalles de six semaines à deux mois chaque fois.

11. — M. Blondeau fait voir une rupture du diaphragme à travers laquelle le foie fait hernie du côté droit. Il provient d'un individu qui est tombé d'un deuxième étage sur le dos. Le malade, trans-

porté immédiatement à l'hôpital, est mort deux heures après. Lorsqu'on fut appelé à l'examiner, on ne lui trouva qu'une fracture de l'olécrâne avec une ouverture de l'articulation. La tête ne portait pas même de traces de contusion.

On trouva après la mort :

- 1° Une déchirure du foie, siégeant près du bord supérieur;
- 2° Une déchirure du diaphragme du côté droit, n'intéressant pas le trèfle aponévrotique, et ayant un diamètre de 12 centimètres dans tous les sens;
- 3° Un énorme épanchement de sang dans la cavité pleurale du côté droit;
- 4° D'autres épanchements de sang dans la cavité du péritoine, dispersés çà et là, et disposés en foyers.

12.—M. *Mercier* montre un instrument destiné à comprimer graduellement le col de la vessie. Cet instrument a la forme de la sonde qu'il a fait voir dans la séance du 15 juillet. Il est composé de deux branches, qui sont aplaties, arrondies sur les bords, et faciles à glisser l'une sur l'autre. L'une de ces branches; la plus courte, s'arrête à la première courbure de l'autre branche. Quand elles sont introduites toutes les deux dans la vessie, on attire à soi la branche recourbée, et l'on produit ainsi un angle assez ouvert, mais aigu avec l'autre branche.

13 —M. *Bouteiller* met sous les yeux de la Société une tumeur provenant du cou d'un mouton tué à la boucherie des hôpitaux. Cette tumeur, de la grosseur à peu près, et de la forme d'un œuf de poule, n'était recouverte que d'une très faible aponévrose. Elle se composait d'une enveloppe fibreuse ressemblant assez bien à celle des kystes hydatiques et d'une matière sur la nature de laquelle M. Bouteiller conserve quelques doutes. En effet, elle est, à la périphérie, blanchâtre, sèche, grenue, friable. Elle contient manifestement des résidus calcaires. Elle fait naître, en un mot, l'idée de débris d'hydatides. Mais, à l'intérieur, elle est homogène, serrée, d'une consistance de suif, d'une couleur qui rappelle celle d'un foie cirrhosé. Elle paraît contenir de la fibrine.

M. *Macquet* émet l'idée que la tumeur peut être constituée par un épanchement sanguin qui s'est enkysté avec le temps.

M. Cruveilhier pense aussi qu'il s'agit d'un épanchement de sang, coexistant avec une maladie des ganglions lymphatiques.

Cette maladie, dit M. Deville, n'est autre chose qu'une hypertrophie glandulaire.

14. — M. Broca présente deux pieds bots trouvés dans les pavillons de la Faculté sur un homme d'environ quarante-cinq ans, bien constitué du reste, et fortement musclé. Ces deux pieds bots appartiennent à l'espèce varus ; mais ils ne sont pas également avancés dans leur formation.

A droite, la jambe a à peu près conservé son volume ; la saillie du mollet est bien marquée, le bord interne du pied est relevé, et la plante regarde un peu en dedans. De plus, le talon est situé à 5 centimètres environ au-dessus du sol : le dos du pied est fortement bombé, et l'inspection des callosités de la peau montre que pendant la station, la face inférieure des orteils appuyait seule sur le sol. Il en résulte que ces orteils sont portés dans une extension exagérée, qu'on ne peut vaincre sans s'exposer à déchirer des ligaments. Le gros orteil, plus dévié que les autres, semble, au premier abord, complètement luxé, et le tendon de son muscle extenseur forme une forte saillie qui soulève la peau à la manière d'une corde. Ainsi ce pied tient à la fois du varus et du pied équin, comme cela a lieu, du reste, le plus souvent.

La dissection de ce membre montre les dispositions suivantes :

1° Épaississement considérable de toutes les aponévroses, et surtout de l'aponévrose plantaire. Celle-ci est en même temps raccourcie, et s'oppose au redressement du pied.

2° Altération considérable dans la structure de la plupart des muscles de la jambe. Le pédieux, le soléaire et le jumeau interne ont seuls conservé leur état normal. Ce dernier est même un peu hypertrophié.

Tous les autres muscles sont plus ou moins avancés dans la transformation graisseuse. L'extenseur propre du gros orteil, le jambier postérieur et les muscles thénar et hypothenar offrent encore des fibres musculaires assez nombreuses, quoique décolorées et mêlées de beaucoup de graisse ; mais le jambier antérieur, l'extenseur commun des orteils, et tous les fléchisseurs sans exception sont presque entièrement graisseux ; les péroniers latéraux enfin

ont, pour ainsi dire, disparu, et sont littéralement remplacés par une masse adipeuse dans laquelle on reconnaît à peine la disposition fibrillaire.

3° Absence complète des synoviales tendineuses; les tendons sont entourés d'une graisse qui leur adhère.

4° Enfin, les nerfs sont bien développés, et présentent leur volume normal.

Avant de dire ce qu'il pense de ce pied droit, M. Broca croit devoir montrer le pied gauche. Il existe de ce côté des lésions beaucoup plus graves et beaucoup plus étendues.

La jambe gauche possède, à peu près, les deux tiers du volume de la jambe droite. Il n'y a aucune saillie qui puisse représenter un mollet. Le pied est, pour ainsi dire, tordu de dehors en dedans. Le bord interne est placé directement au-dessus du bord externe. Les cinq orteils sont disposés sur un plan vertical antéro-postérieur. La plante du pied regarde directement en dedans. Elle est très-concave, de sorte que le gros orteil se trouve rapproché du talon. L'aspect général du membre et l'inspection des callosités de la peau montrent que la face supérieure du cuboïde, la face externe du calcaneum, la tête de l'astragale, et même la malléole externe, reposaient sur le sol, et supportaient le poids du corps. Ainsi, la difformité de ce pied bot varus est aussi complète que possible.

Voici maintenant ce que montre la dissection de ce membre.

Il n'y a aucune trace de bourse muqueuse sous la peau du talon; la bourse muqueuse du cinquième métatarsien a également disparu. Quant à la bourse muqueuse de la première articulation métatarso-phalangienne, elle est peu prononcée, mais elle existe manifestement sous la forme d'une cavité irrégulière, incomplètement cloisonnée, et capable de loger un haricot. On trouve, au contraire, deux fort belles bourses muqueuses sous la peau calleuse de la nouvelle base de sustentation. L'une d'elles correspond à la tête de l'astragale; l'autre est située sous la malléole externe. Des précédents renseignements résulteront tout à l'heure de la disposition de ces bourses muqueuses.

Comme cela a déjà été indiqué pour le pied droit, les aponeuroses de la jambe et du pied sont considérablement épaissies; et l'aponévrose plantaire est, de plus, rétractée. Les nerfs ont subi

leur volume normal, et les muscles ont subi la transformation graisseuse ; mais cette altération des muscles est ici beaucoup plus complète, et surtout plus étendue que du côté opposé. Tous les muscles de la jambe et du pied, sans aucune exception, sont remplacés par des masses graisseuses où l'on ne trouve plus trace de fibres musculaires. Tous les tendons sont grêles, aplatis, adhérents à la graisse qui les entoure. Chose remarquable ! ce genre d'altération n'est pas limité à la jambe ; il a envahi la plus grande partie des chairs de la cuisse. Les seuls muscles de cette région qui aient conservé leur structure, leur couleur, leur force normale, sont le pectiné, les adducteurs et le muscle du fascia lata ; ce dernier est même énorme ; il est presque triple de son volume normal. Les autres muscles de la cuisse sont altérés ; mais ils ne le sont pas tous au même degré. Le couturier et le droit interne sont grêles, décolorés. Si on les compare aux muscles rouges et volumineux des autres parties du corps, on trouve qu'ils sont notablement atrophies, mais leurs fibres sont encore bien évidemment musculaires, les espaces interfibrillaires ne sont pas envahis par la graisse ; la structure normale est conservée ; en un mot, ces muscles ressemblent à ceux des individus qui ont succombé à de lentes maladies.

Tous les autres muscles de la cuisse, les trois faisceaux du triceps, le biceps, le demi-tendineux sont plus ou moins transformés en graisse. Le droit antérieur et le demi-tendineux sont les plus altérés de tous. Viennent ensuite le biceps et le demi-membraneux dont les fibres centrales sont encore musculaires ; enfin, le vaste interne et le vaste externe ont encore, à peu près, la moitié de leurs fibres, les autres ayant fait place à de la graisse.

Réflexions et discussion.—Quelle est, se demande M. Broca, la relation qui existe entre la déformation des pieds et cette altération des muscles, si singulière et si étendue ? Les pieds bois ont-ils été la cause des lésions musculaires ? En ont-ils été l'effet ? Malgré les idées généralement répandues, M. Broca penche vers cette dernière opinion, et voici sur quoi il se base.

En premier lieu, il pense que les pieds-bois ne sont pas congénitaux ; qu'ils sont acquis. Ils ne présentent, en effet, aucun des caractères que les auteurs, et en particulier M. Cruveilhier, ont assigné au pied-bot congénital. L'aponévrose plantaire est fort

épaisse, au lieu d'être considérablement amincie, elle est normale, et s'oppose évidemment au redressement du pied. Les nerfs, enfin, loin d'être réduits à leur névritisme, présentent, au contraire, leur volume naturel.

Un autre ordre d'arguments est tiré de l'inspection des bourses muqueuses de la plante du pied gauche. On a vu plus haut qu'une bourse muqueuse bien manifeste existait sous la première articulation métatarso-phalangienne, et cependant la déformation était telle qu'aucune pression ne pouvait s'exercer pendant la station sur cette partie du pied. Il y a donc eu une époque, et cette époque n'est pas très éloignée, où la moitié antérieure de la plante du pied gauche reposait sur le sol. Or, il n'y a pas de bourse muqueuse sous le talon ; la pression sous le talon a donc cessé plutôt encore, de telle sorte qu'alors la déformation du pied gauche était, à peu près, ce qu'est aujourd'hui la déformation du pied droit. A l'âge où cet homme est parvenu, les pieds bots de naissance ont depuis fort longtemps cessé de s'accroître. La marche et la station, qui, comme on le sait, sont de nature à exagérer les déformations congénitales des membres inférieurs, atteignent ce résultat de très bonne heure. A l'âge de vingt ans, un pied bot qu'on a abandonné à lui-même est tel qu'il sera toute la vie. Or, notre homme a au moins quarante-cinq ans, et si on réfléchit à la rapidité avec laquelle les bourses muqueuses s'effacent, quand les pressions qui les ont produites cessent d'avoir lieu, on est obligé d'admettre qu'il y a beaucoup moins de vingt-cinq ans que le malade ne marchait plus sur la plante du pied. Voilà pour le pied gauche. En l'absence de tout renseignement, l'inspection des parties prouve que la déformation de ce côté ne peut pas être congénitale.

Pour le pied droit, la démonstration est moins facile. En effet, la peau de la plante du pied se trouva perdue quand M. Broca pensa à y chercher les bourses muqueuses. Mais peut-on supposer que ce pied plus anciennement affecté que le gauche, soit, au contraire, beaucoup moins profondément atteint ? Est-il probable, lorsque les pieds bots acquis sont si rares, est-il probable qu'il soit survenu un pied bot du côté gauche, précisément sur cet individu qui portait, en naissant un pied bot du côté droit ? Il y a plus, au point où en est restée la déformation du pied droit, toutes les articulations

sont encore mobiles, les points d'insertion des différents muscles sont à peine plus rapprochés ou à peine plus éloignés qu'à l'état normal. Les muscles pouvaient donc se contracter librement, et dès lors ils auraient dû conserver leur structure, comme cela se voit sur les pieds bots de naissance, qui ne dépassent pas ce degré de déformation. Or, il n'en est rien, et on a vu qu'un bon nombre de ces muscles avaient subi de profondes altérations.

Toutes ces difficultés disparaissent, si on admet que le pied bot droit s'est développé après la naissance, comme le gauche.

Pour tous ces motifs, M. Broca pense que les deux pieds bots qu'il présente à la Société sont acquis, et non pas congénitaux. Dès lors quelle est la cause qui leur a donné naissance? Ce ne peut être que le défaut d'équilibre entre les puissances musculaires. Mais en quoi consiste ce défaut d'équilibre? Est-ce parce que certains muscles, devenus plus forts, ou atteints d'une rétraction morbide, ont vaincu la résistance de leurs antagonistes? Ou est-ce parce que, au contraire, certains muscles devenus plus faibles, ou ayant perdu le pouvoir de se contracter, ont cessé de contrebalancer l'action de leurs antagonistes? En d'autres termes, y a-t-il eu excès ou défaut de contraction? Y a-t-il eu rétraction ou paralysie? Telle est la question qui se présente. M. Broca ne saurait admettre qu'il y ait eu rétraction. A la dernière période d'un pied bot par rétraction musculaire, il arrive un moment où la plupart des muscles sont altérés dans leur structure; mais cette altération est fort loin d'être de la même nature pour tous. Les uns, en effet, ceux dont la rétraction a produit le pied bot, subissent plus ou moins la transformation fibreuse, tandis que leurs antagonistes, condamnés à une immobilité forcée par l'excès de la résistance, s'atrophient insensiblement, et subissent la transformation graisseuse. Mais, pour que cette dernière lésion se produise, il faut absolument que la déformation soit portée très loin, et que les muscles rétractés opposent une résistance excessive. Or, notre sujet ne présente aucun de ces caractères, aucune de ces conditions. Nulle part, nous ne trouvons des muscles devenus fibreux, la seule altération que les muscles aient subie est la transformation graisseuse, et cela même du côté droit, où le pied bot commence à peine.

Laissons pour un instant de côté le pied gauche, dont les lésions

sont si prononcées que tous les muscles sans exception y ont fait place au tissu adipeux, ne nous occupons que du pied droit. De ce côté il y a varus équin peu avancé. Si cette déviation était due à la rétraction violente d'un ou de plusieurs muscles, le tendon du jambier antérieur devrait faire saillie sous la peau; ce tendon est, au contraire, aplati, aminci, et exactement appliqué sur les os du tarse. Le seul tendon qui soulève la peau est celui de l'extenseur du gros orteil, et encore est-il facile de reconnaître que ce tendon n'est pour rien dans la résistance au redressement du pied. Le gros orteil se trouve tellement porté dans le sens de l'extension, que son tendon, pour se rendre en ligne droite au ligament annulaire, est obligé de faire corde sous la peau, et d'ailleurs, on sait bien que la rétraction du seul muscle extenseur propre du gros orteil ne saurait suffire à produire une déviation de la totalité du pied.

Autre chose. — Dans le pied bot par rétraction musculaire, les muscles rétractés sont altérés dans leur structure longtemps avant que leurs antagonistes subissent les altérations qui résultent d'un repos forcé. A la dissection, on trouve donc les premiers plus profondément désorganisés que les seconds. Ici c'est précisément le contraire, et les péroniers latéraux ne présentent plus qu'une masse grasseuse, tandis que le jambier antérieur, et surtout le postérieur, conservent encore de nombreuses fibres musculaires.

Voici enfin une dernière difficulté. Dans les pieds bots par rétraction, les muscles qui ont la même action physiologique ne peuvent pas ne pas être altérés de la même manière et au même degré, exception faite toutefois du muscle primitivement rétracté.

Trouvons-nous ici cette disposition? Bien loin de là, par une bizarrerie qui semble faite à dessein, le jumeau interne est fort beau, tandis que le jumeau externe est presque entièrement grasseux.

Mais l'inspection de la cuisse gauche nous mène plus loin encore. Quelle influence un pied bot peut-il exercer sur les muscles de la cuisse? Aucune, à moins qu'il ne s'accompagne de complications qui, en rendant l'équilibre impossible, obligent le malade à ne plus se servir de son membre. Mais les callosités et les bourses muqueuses que présente la nouvelle plante du pied prouvent que ce n'est pas ici le cas, et que le malade se sert de ce membre pour marcher; et cependant les extenseurs et les fléchisseurs de la jambe

sont presque tous devenus grasseyés à des degrés inégaux dont la théorie ne peut rendre compte, puisque des trois muscles de la patte d'oie, deux sont charnus encore, tandis que le troisième est transformé en grasse.

Ainsi, de quelque manière qu'on retourne la théorie des pieds bots par rétraction, elle n'explique aucune des dispositions, aucune des altérations qui existent sur ce sujet, elle est, au contraire, en opposition directe avec la plupart d'entre elles. C'est ce qui a conduit M. Broca à adopter une théorie précisément inverse. Il pense que la transformation grasseyée des muscles est la cause et non l'effet de la déviation des pieds. Cette transformation de cause inconnue n'a pas atteint tous les muscles à la fois, mais en annulant l'action de quelques-uns d'entre eux avant de frapper les autres, elle a détruit l'équilibre des pieds pendant un temps qui a suffi à la formation des pieds bots. A droite, par exemple, les péroniers latéraux, qui sont de beaucoup les plus altérés, ont été atteints les premiers. Les jambiers alors, n'ayant plus d'antagonistes, ont déterminé le varus, puis, à leur tour, le jambier antérieur et les extenseurs ont perdu la plus grande partie de leur force par une transformation grasseyée encore incomplète. Voilà pourquoi le tendon d'Achille a relevé le talon et transformé le varus en varus équin. A gauche, les phénomènes morbides ont dû suivre une succession analogue dont nous ne retrouvons pas les traces, parce que l'affection est plus ancienne.

Ce qui s'est passé il y a longtemps dans les muscles de la jambe et du pied gauches, ce qui s'est passé plus récemment dans les muscles de la jambe et du pied droits, se passait, au moment de la mort dans les muscles de la cuisse gauche; c'est-à-dire qu'une maladie, difficile à caractériser, probablement une paralysie successive des différents muscles, finissait, en les condamnant à l'inaction, par déterminer leur transformation en grasse.

Enfin, comme preuve dernière que ces deux pieds bots ne sont pas congénitaux, M. Broca montre deux dessins extraits de l'ouvrage de M. Duval sur le pied bot. Ces deux dessins, relatifs aux pieds bots acquis, ressemblent de tous points aux pièces qu'a présentées M. Broca (1).

(1) V. DUVAL. *Traité pratique du pied bot*. 1839, p. 187.

M. Deville regrette, au sujet d'une pièce aussi importante et des questions graves qu'elle soulève, d'attirer l'attention de la Société sur un petit détail seulement : cependant ce petit détail peut encore avoir son intérêt.

Il est remarquable qu'au milieu de l'atrophie de presque tous les muscles de la cuisse, et du maintien normal de deux seuls d'entre eux, un, le plus petit, et presque le plus accessoire, le muscle du fascia lata, soit hypertrophié, et même d'une manière fort remarquable. Cela peut très-bien s'expliquer si l'on prouve que ce muscle fonctionnait énormément, puisqu'on connaît la loi de l'hypertrophie des muscles fortement et fréquemment exercés.

Or, il est certain que le muscle fascia lata, dans le cas actuel, fonctionnait outre mesure. On connaît la démonstration incontestable du rôle réel du muscle et de la bandelette fascia lata, donnée par M. Maisiat. Soit dans la station, soit dans la marche, cet ensemble désigné sous le nom de bandelette ilio-trochantéro-tibiale, remplit, entre autres fonctions, celle d'empêcher ou de limiter l'adduction du membre inférieur, et par suite d'empêcher dans la marche les membres inférieurs de se heurter.

Dans le cas de pied-bot varus, il est clair qu'à chaque instant, le membre affecté tend à se porter dans l'adduction, surtout quand le poids du corps porte dessus ; par suite, les fonctions de la bandelette ilio-trochantéro-tibiale sont activées, incessantes. Par suite encore, le muscle de la partie supérieure de cette bandelette, ou muscle du fascia lata, fonctionnant plus que d'habitude, a dû s'hypertrophier.

15. — M. Broca présente ensuite le modèle en plâtre et le squelette du coude gauche du même individu.

La région du coude offre une déformation considérable. A la partie externe, on trouve une saillie arrondie, volumineuse, qui appartient à l'humérus, ainsi que le démontre l'étude des mouvements de l'articulation. Au-dessous de cette saillie, à la place que devrait occuper la tête du radius, on ne trouve que les parties molles. A la partie interne, on trouve deux saillies très marquées, séparées l'une de l'autre par un intervalle de six centimètres, et situées sur une même ligne verticale. La saillie supérieure a le volume et la forme de l'olécrâne. Elle se meut en arc de cercle dans le

mouvement de flexion qu'on imprime à l'avant-bras. On sent, à travers la peau, que le tendon du triceps brachial vient s'insérer à cette saillie osseuse, qui est, par conséquent, l'olécrâne. La saillie inférieure est moins grosse et plus arrondie. Elle se meut à peine dans les mouvements de flexion de l'avant-bras; mais on la sent très bien rouler sous la peau dans les mouvements de pronation et de supination; elle est donc constituée par la tête du radius. On cherche en vain la saillie de l'épitrôchlée, qui est masquée par les deux saillies précédentes; du reste, la largeur du coude n'est pas sensiblement augmentée. Les mouvements de l'avant-bras sont en partie rétablis; ils ne s'exécutent que dans deux sens opposés, comme dans les ginglymes naturels. La flexion va aussi loin que sur un coude normal; mais l'extension ne va pas jusqu'à la ligne droite; l'axe de l'avant-bras reste toujours incliné d'au moins trente degrés sur l'axe du bras.

Il était clair, avant la dissection, qu'il y avait là une luxation latérale interne incomplète; que le cubitus avait abandonné la trochlée humérale, et que le radius avait pris sa place.

La dissection de la pièce a démontré que cette conclusion était exacte. On ne trouve plus de vestiges des ligaments latéraux, ni du ligament annulaire. Une espèce de capsule fibreuse de formation nouvelle, adhérente à la face profonde des muscles, unit à la fois l'extrémité inférieure de l'humérus à la tête radiale, et celle-ci à l'extrémité supérieure du cubitus. Autant qu'on en peut juger à travers plusieurs trous faits à la capsule, l'extrémité inférieure de l'humérus paraît saine, et ne présente aucune trace de fracture consolidée.

L'état des parties molles prouve que la luxation était ancienne; qu'aucune suppuration n'avait été le résultat de cet accident, et qu'en particulier la peau ne présentait aucune cicatrice. Cette luxation s'était donc faite sans une grande violence, contrairement à ce qu'on a dit des luxations latérales.

M. Deville demande à faire quelques observations qui porteront sur trois points: deux relatifs aux questions posées par M. Broca, à savoir, le mode de production du déplacement, et l'absence de lésion de la peau: le troisième point est relatif aux luxations dites incomplètes, et par conséquent ne se rapporte pas spécialement à

la pièce présentée, mais il peut être examiné à propos de cette présentation.

1° Comment se produit le déplacement dans les cas analogues à celui présenté par M. Broca? M. Deville a obtenu dans deux cas observés à l'hôpital Saint-Antoine, le récit exact de la part des blessés, du mode suivant lequel la lésion a lieu; et la chose est facile à comprendre. Les individus chez lesquels on observe cette espèce de luxation du coude, tombent en arrière, et un peu sur le côté; instinctivement ou mieux par un faux calcul rationnel, on porte le membre supérieur de ce côté, dans ce sens, c'est à dire en arrière et en dehors; l'avant-bras un peu fléchi sur le bras, et la main tournée en arrière, en forte pronation, de manière à ce que ce soit la paume de la main qui rencontre la première le sol. Au moment où la main et le membre sont ainsi placés, l'individu qui tombe rencontre en effet le sol avec la main renversée sur l'avant-bras, vers sa face dorsale, et l'avant-bras par la position indiquée, est dirigé perpendiculairement au sol sur lequel il repose par l'intermédiaire de la main, de telle sorte que le mouvement rapide de descente qu'il suivait avec tout le corps est subitement interrompu par le contact de la main sur le sol, ce qui empêche l'avant-bras de se porter plus loin. Mais pendant que l'avant-bras est ainsi subitement arrêté, la chute rapide et violente du corps s'est faite en vertu d'une impulsion puissante qui se continue. Le bras fléchi sur l'avant-bras tend à se porter dans la direction de son axe longitudinal, qui est dans la direction même de la chute, et tandis que l'avant-bras reste perpendiculaire sur le sol, le bras poussé par le poids du corps et l'impulsion de la chute, tend à se porter toujours en arrière et en dehors. De cette impulsion et de la flexion du bras sur l'avant-bras, résulte un glissement des surfaces articulaires de l'humérus sur les surfaces articulaires des os de l'avant-bras, glissement dans lequel l'humérus se porte de dedans en dehors. Le glissement est formé par la flexion du coude, car à mesure que cette flexion dépasse l'angle droit, les surfaces articulaires de l'avant-bras forment, par rapport aux surfaces articulaires de l'humérus, un vrai plan incliné. Dans les cas les plus ordinaires, la trochlée humérale, en vertu de ce glissement, vient se placer sur la cupule du radius; le condyle huméral devient libre en dehors; et le crochet cubital déborde

librement l'humérus en dedans. Il suffit pour tout cela, outre quelques déchirures de fibres musculaires, de la laceration du seul ligament latéral externe de l'articulation du coude. Le ligament latéral interne tiraillé seulement, déchiré dans quelques unes de ses fibres, peut demeurer presque intact, et il attire alors un peu par en haut le cubitus vers la face postérieure et interne de l'humérus, comme dans la pièce de M. Broca. — Il est bien entendu que si la force d'impulsion de la chute n'était pas épuisée après ce premier désordre, l'humérus pourrait être porté encore plus en dehors et abandonner le radius à son tour, comme il a déjà abandonné le cubitus. Mais c'est là un cas très exceptionnel. Presque toujours l'action traumatique est épuisée au moment où la trochlée humérale est venue se placer vis-à-vis la cupule du radius. Selon M. Deville, c'est même là l'espèce la plus fréquente de toutes les luxations du coude.

2. Comment se fait-il que la peau reste intacte au milieu de ce désordre? Cela ne doit pas tout d'abord étonner comme exception, car c'est la règle précisément que dans ces cas les parties molles et la peau ne sont presque pas distendues par les os déplacés; elles ne sont pour ainsi dire pas distendues par l'épanchement sanguin considérable qui s'établit alors. *A priori* il semble que toute luxation du coude doit s'accompagner de désordres effrayants, mais c'est *à priori* une erreur. Rien de plus simple que la luxation en dehors dans laquelle la trochlée humérale est venue se placer sur la cupule du radius. S'il n'y avait pas un grand épanchement de sang, la difformité du coude n'est pas extrêmement notable à première vue. La lésion est tellement simple, que c'est une des luxations qui se réduit le plus facilement à l'état récent. Il suffit de quelques tractions opérée, directement sur l'avant-bras étendu par un aide, le malade étant assis sur une chaise, tandis que le chirurgien repousse avec une main la partie inférieure du bras en dedans, et de l'autre main la partie supérieure de l'avant-bras en dehors.

3. M. Deville s'élève fortement contre l'expression de luxation incomplète, usitée encore en chirurgie. S'il s'agit d'une articulation simple, formée par deux surfaces osseuses opposées, l'une concave l'autre convexe, on n'y observe jamais que des luxations complètes et très-complètes. Mais lorsqu'il s'agit d'articulations complexes, à

surfaces multiples et irrégulières, le mot luxation incomplète devient le sujet d'une mauvaise chicane, qu'il est aisé de réduire à sa juste valeur.

Prenons pour exemple l'articulation du genou. Là on trouve en réalité deux articulations inférieures, l'une, du condyle externe du fémur avec la cavité de la tubérosité externe du tibia et l'autre du condyle interne avec la cavité de la tubérosité interne. Que par une action traumatique, le condyle interne abandonne la tubérosité interne, et vienne s'appliquer sur la cavité de la tubérosité externe du tibia, on appellera cela une luxation incomplète ! comme s'il n'y a pas luxation complète entre les tubérosités et les condyles correspondants.

Ce n'est qu'une affaire de mots, répondra-t-on. On est convenu, à propos des luxations du genou, d'appeler complètes celles dans lesquelles les deux condyles fémoraux ont abandonné en totalité les deux tubérosités du tibia, et incomplètes celles dans lesquelles un des condyles est encore en rapport avec l'une des tubérosités.

Mais l'argument ainsi posé n'est même pas acceptable. Puisque l'on tient aux mots complet et incomplet, il faudrait réserver le nom de luxation complète du genou à celle dans laquelle non-seulement le tibia et le fémur sont isolés entièrement, mais encore dans laquelle la rotule serait elle-même déplacée en entier ; car il y a trois articulations partielles dans la grande articulation du genou, les deux des condyles, et celle de la rotule. Or, pour employer logiquement l'expression de luxation complète du genou, il faudrait l'appliquer précisément à un cas qui ne se présente à peu près jamais.

Sans doute il faut distinguer par des noms spéciaux, tels que unilatéral, bilatéral, demi-latéral, ou tout autre, les deux espèces de luxation qu'on a voulu désigner par les noms de complète et incomplète ; seulement il faut qu'on supprime ces deux derniers mots. Premièrement le nom de luxation complète, appliqué à la luxation du genou risque de ne désigner qu'un être de raison. Secondement, lorsqu'on a eu la malheureuse idée de soutenir l'existence de luxations incomplètes dans les articulations à surfaces simples, on s'est toujours appuyé, par une déduction essentiellement illogique, sur l'existence de prétendues luxations incomplètes

dans les articulations à surfaces multiples et irrégulières.

Presque tout ce qui précède sur les luxations du genou pourrait être dit aussi des luxations du coude. Pour celles-ci pas plus que pour celles-là il n'y a pas, à proprement parler, de luxations incomplètes, et ce qu'on a voulu désigner sous ce nom devra être désormais appelé autrement.

Il n'est pas nécessaire d'insister beaucoup sur la non-existence des luxations réellement incomplètes des articulations à surfaces simples; outre la mauvaise argumentation qui vient d'être discutée, on n'a apporté à l'appui que des faits inexacts ou insignifiants. Faut-il revenir toujours sur les anciennes luxations scapulo-humérales sous-scapulaires, dans lesquelles la tête appliquée contre le col de la cavité glénoïde s'use elle-même, ou use ce col, de telle façon que l'on pourrait d'abord supposer qu'il aurait pu y avoir luxation incomplète? Pour montrer avec quelle facilité on a été disposé à admettre des luxations incomplètes, et jusqu'où l'on est allé puiser des arguments, voici, pour terminer, un fait bizarre, observé dans le temps dans le service de M. Gerdy. Il s'agissait d'une luxation coxo-fémorale dans laquelle la tête du fémur était revenue se placer vis-à-vis la cavité cotyloïde, et en touchait par sa face libre, le rebord postérieur, mais ne pouvait pas rentrer dans la cavité, arrêtée qu'elle était par le tendon du muscle droit antérieur, interposé entre la cavité et la tête; la tête fémorale reposait alors surtout sur le tendon interposé par suite d'une disposition bizarre, et qu'il serait plus bizarre encore de qualifier par le titre de luxation incomplète.

En résumé, sur ce troisième point, M. Deville se refuse à donner à la luxation présentée par M. Broca le nom d'incomplète, puisqu'elle est très complète entre la trochlée humérale et le crochet cubital d'une part, entre le condyle et la cupule radiale d'autre part.

M. Broca ne conteste pas le mécanisme invoqué par M. Deville; il dit seulement qu'il a vu jusqu'ici deux luxations latérales du coude, et que dans les deux cas il y avait complication de fractures, de déchirures des parties molles, et même d'issue de l'épicondyle. Il reconnaît, comme le préopinant, qu'on a fait un grave abus du mot luxation incomplète, en l'appliquant à des luxa-

tions très complètes de l'épaule et de la hanche ; mais cependant il faut des mots différents pour exprimer des lésions différentes. Or, au coude, par exemple, dans les luxations latérales internes, la tête du radius peut rester au-dessous de la trochlée, comme elle peut passer au-dessous de l'épitrachée. Dans le premier cas, le coude est à peine élargi ; il l'est beaucoup dans le second ; la gravité est bien plus différente encore. Les expressions de luxation complète et de luxation incomplète sont de nature à faire comprendre ces différences. Parce qu'on a abusé d'un mot, ce n'est pas une raison pour y renoncer ; en présence de la pièce actuelle, on est bien obligé, si on veut lui donner un nom, de se servir du seul qui existe.

M. Deville pense que toutes les confusions disparaîtraient si on voulait adopter l'expression de luxation demi-latérale interne, ou demi-latérale externe, suivant les cas.

M. Blondeau ne croit pas qu'on doive faire si bon marché des luxations incomplètes de l'épaule. Il a recueilli plusieurs observations de luxations anciennes, dans lesquelles la tête humérale, profondément échancrée, était, pour ainsi dire, à cheval sur le rebord glénoïdien.

MM. Deville et Houel répondent qu'à part les cas fort rares de luxations en arrière et de luxations sous-pectorales, toujours au bout d'un certain temps la tête humérale revient s'appliquer sur le bord glénoïdien, s'érode insensiblement, et prend enfin la position qu'indique M. Blondeau. Treize cas de ce genre existent dans le musée Dupuytren ; mais ce sont des luxations anciennes qui, dans l'origine étaient très complètes.

M. Mercier se demande jusqu'à quel point on peut assurer qu'il n'y a pas eu de fracture. Il est fâcheux qu'on ne puisse sacrifier la pièce pour s'en assurer. Il a vu une fois une luxation semblable à celle-ci ; à l'extérieur, on pouvait croire qu'il n'y avait pas de fracture, et cependant, après avoir ouvert largement l'articulation, on reconnut les traces d'une petite fracture intra-articulaire.

16. —M. Mailliot communique à la Société une observation pour servir à l'histoire du tintement métallique. Cette observation peut présenter quelque intérêt au point de vue du diagnostic des cavernes pulmonaires et du pneumo-thorax. Elle semble établir un

mojen d'union entre les cavités creusées dans les poumons et l'existence d'un fluide élastique dans la cavité de la plèvre. En effet, s'il se produit le plus ordinairement durant l'acte de la respiration un tintement métallique dans le pneumo-thorax communiquant avec les voies de l'air, il paraît que le même phénomène a été entendu dans des cas de simples cavités tuberculeuses développées dans le poumon (Voyez plus haut l'observation citée par M. Cruveilhier.)

Dans le fait suivant dit M. Mailliot, il existait un *pneumo-thorax avec absence de murmure vésiculaire, de voix amphorique et de tintement métallique, tandis que la toux et la voix étaient retentissantes et à timbre métallique*,—chez un individu atteint de tubercules, et ne présentant pas après la mort de fistule broncho-pleurale.

Voici les détails de cette observation :

Le nommé Dhal, âgé de trente-deux ans, était couché au n° 9 de la salle Saint-Raphael (service de M. Piorry). Il avait depuis huit mois une toux fréquente avec expectoration de crachats jaunâtres opaques. Il avait eu, au début de sa maladie, une hémoptisie peu abondante, qui ne s'était plus reproduite. Il avait eu, de plus, des sueurs nocturnes qu'avait suivies un amaigrissement assez rapide.

Le 5 novembre il ressentit tout à coup un violent point de côté, avec dyspnée intense. La douleur, qui occupait toute la base du côté droit de la poitrine, fut extrêmement vive pendant toute la nuit, que le malade passa dans les plus vives angoisses.

Le lendemain et les jours suivants, il y eut un peu de soulagement, mais la dyspnée persistait.

Sept jours après le développement de la douleur instantanée dont nous avons parlé, le malade entra à l'hôpital (12 novembre 1848).

On reconnut une exagération manifeste de la résonnance dans toute l'étendue du côté droit de la poitrine. Cette résonnance, qui était tympanique, s'étendait jusqu'à une très petite distance du rebord costal, où, par une transition brusque, commençait tout à coup la matité du foie. Cet organe, notablement abaissé, descendait jusqu'au voisinage de la région ombilicale. Le murmure respiratoire ne s'entendait en aucun point de ce côté, si ce n'est au niveau du bord postérieur du poumon, vers le haut.

La toux et la voix retentissaient fortement avec un timbre métallique, très marque.

Quatre jours après l'entrée de Dhal, une matité qui se manifesta à la base de la poitrine, du côté malade, dans une hauteur de quelques centimètres et dans des points précédemment sonores, fit connaître qu'un épanchement liquide s'était joint à l'aéro-pleurie primitive.

Les bruits respiratoires étaient exagérés dans le côté gauche de la poitrine, au point que le souffle bronchique s'unissait sous la clavicule, au murmure vésiculaire.

À dater du 16 novembre, l'épanchement pleurétique liquide augmenta tous les jours. Quelques heures avant la mort, il s'élevait, le malade étant couché sur le dos, jusqu'au bord antérieur de l'aisselle, en suivant la direction d'une ligne de niveau.

La dyspnée avait augmenté en raison de l'épanchement; elle était devenue si forte que la vie ne pouvait plus se maintenir.

En effet, le malade mourut le 25 novembre, c'est-à-dire treize jours après son entrée à l'hôpital.

L'ouverture du cadavre fut faite le lendemain. Avant d'y procéder, je renouvelai la percussion du thorax et de l'abdomen avec M. Potain, interne provisoire de M. Piorry.

Le sujet étant placé sur le dos, nous trouvâmes tout le côté droit sonore depuis la clavicule jusqu'au rebord des côtes, et depuis la ligne médiane du sternum jusqu'au bord antérieur de l'aisselle. Audessous de ce bord existait de haut en bas une matité absolue. La sonorité dont il vient d'être question était tympanique, surtout dans l'espace compris entre la cinquième côte et la limite inférieure des parois thoraciques. Là commençait une résonnance d'un timbre un peu différent, que je crus devoir rapporter à une portion du colon transverse (1).

Je pensai aussi que la sonorité de la région sous-claviculaire

(1) C'était une erreur. Le colon transverse fut trouvé à l'ouverture du cadavre considérablement abaissé. L'angle de réunion de ce colon avec le colon ascendant correspondait à la fosse iliaque droite. (*Note de l'auteur de l'observation*).

devait être rapportée au poumon (1); je me fondais sur ce que cette sonorité rappelait parfaitement celle d'un poumon emphysémateux, et sur ce que son timbre était moins élevé que celui de la résonnance de la région mammaire.

Les régions claviculaire, sus et sous-claviculaires et la moitié supérieure seulement de la région mammaire du côté gauche donnaient lieu à une résonnance pulmonaire exagérée.

On limitait facilement par de là les poumons, le cœur, qui était à cinq centimètres de la clavicule. Sa base, au lieu de correspondre à l'articulation synchondro-sternale de la troisième côte droite, correspondait à la ligne médiane du sternum.

Nous mîmes le sujet debout, et la région supérieure de l'aisselle, qui était auparavant le siège de la matité, devint sonore, tandis que la région mammaire, au contraire, cessa de résonner depuis la sixième jusqu'à la huitième côte.

Il n'y avait donc pas de doute qu'il existait dans la cavité pleurale un fluide gazeux et un liquide.

Nous voulûmes apprécier la position, les rapports et le volume du foie. Il nous fut impossible de soupçonner sa présence, tant que nous nous bornâmes à appliquer simplement le plessimètre sur les téguments; mais lorsque nous les eûmes déprimés, nous trouvâmes une matité s'étendant jusqu'à la région ombilicale, et dépassant, à droite, la ligne médiane, de huit à dix centimètres.

A l'ouverture du cadavre, nous trouvâmes les organes occupant la place qu'avait indiquée la percussion.

Les poumons étaient criblés de tubercules crus et ramollis. Celui du côté droit était refoulé presque complètement contre la colonne vertébrale. Il n'y avait que de l'air dans l'espace compris entre la clavicule et le rebord des côtes. D'où venait donc la résonnance moindre de la région sous-claviculaire?

Il fut impossible, en insufflant de l'air dans la trachée-artère, de découvrir la moindre perforation de la plèvre. Cette membrane séreuse renfermait du pus en assez grande quantité, et en quantité plus grande encore un fluide gazeux qui fut recueilli dans une cloche.

(1) C'était encore une erreur; car, ainsi qu'on va le voir, le poumon droit était entièrement refoulé contre la colonne vertébrale. (1b.)

La voûte du muscle diaphragme, au lieu de regarder en haut, regardait en bas, au contraire, comme cela a lieu dans les éganclements de pus ou de sérosité très abondants.

Réflexions. — Avait-il existé, dès le principe, une fistule broncho-pleurale, qui était demeurée oblitérée tout le temps que nous avions eu le malade sous les yeux? C'est probable. La douleur violente subite, éprouvée par le malade et les accidents qui ont suivi cette douleur, permettent de le supposer.

Cette observation présente ceci de remarquable, savoir : 1° l'absence du tintement métallique pendant l'introduction de l'air dans les poumons et 2° l'absence de la respiration amphorique, 3° enfin l'existence du timbre métallique de la voix et de la toux. — Cette dernière circonstance donnerait en partie raison à M. Skoda touchant le phénomène qu'il désigne sous le nom de consonnance, puisque le timbre métallique de la voix et de la toux s'est manifesté sans qu'il existât de fistule.

17. — M. Boullard raconte l'histoire d'une femme qui ne pouvait avaler sans être suffoquée, et sans rendre, immédiatement après, des crachats sanguinolents. On ne pouvait introduire la sonde dans l'estomac. On y parvint une fois cependant. La malade mourut, et l'on trouva un rétrécissement de l'œsophage situé à six centimètres de profondeur. Ce conduit communiquait, du reste, avec la trachée, et c'est dans celle-ci que pénétraient les aliments et la sonde; ce qui explique la suffocation qui se manifestait lors de l'introduction du bol alimentaire et lors de l'opération du catéthérisme.

18. — M. Boullard fait voir ensuite un maxillaire inférieur dans lequel manque l'un des condyles. Il y avait déformation du visage. Le côté droit était déjeté en dehors. La mâchoire était remontée. On n'apercevait pas la moindre trace de cicatrices dans les téguments. L'articulation se faisait par l'angle du maxillaire inférieur. L'apophyse coronoïde était atrophiée. Elle donnait insertion au muscle temporal. Le ptérigoidien interne s'insérait au niveau de l'articulation. Le côté opposé était normal. Le présentateur pense que cette disposition de l'os maxillaire inférieur était normale.

19. — M. Broca présente une tête finement injectée sur laquelle il a disséqué les artères des gencives. Les vaisseaux offrent une

disposition fort remarquable que les auteurs n'ont pas indiquée jusqu'ici. Les artères des gencives proviennent de chaque côté de deux arcades que M. Broca désigne sous le nom d'arcades gingivales supérieures et inférieures. Quatre branches concourent à la formation de l'arcade gingivale inférieure. Un rameau de l'artère sous-mentale remonte verticalement, très près de la symphise, et parvenu à un demi-centimètre du bord libre de la gencive, qui correspond à la première incisive, se recourbe brusquement en dehors pour devenir horizontale. Dans son trajet, au-devant du corps du maxillaire inférieur, cette artère, qui est immédiatement appliquée sur l'os, s'écarte un peu du bord libre des gencives, passe immédiatement au-dessus du trou mentonnier, et va, au niveau de l'extrémité postérieure du bord alvéolaire, se continuer à plein canal avec une des branches terminales de l'artère buccale. Cette arcade, en deux points différents, reçoit des branches qui la renforcent : au niveau du trou mentonnier, elle reçoit directement la presque totalité de l'artère mentonnière, dont quelques rameaux à peine se rendent directement au périoste ou aux muscles voisins ; et un peu au-devant du bord masséter elle reçoit une seconde artère aussi volumineuse que la précédente, qui provient directement de l'artère faciale. Cette branche de communication entre la faciale et l'arcade gingivale inférieure a environ un centimètre et demi de long, et ne donne aucune branche collatérale.

L'arcade gingivale supérieure est fournie par la sous-orbitaire et par l'alvéolaire.

1° L'alvéolaire supérieure, au moment où elle s'engage dans l'os maxillaire supérieur, fournit un vaisseau gingival qui se dirige obliquement en bas et en avant, se recourbe en forme d'arcade à convexité inférieure, et va s'insculer avec un rameau de la sous-orbitaire dont il sera question plus loin.

2° L'artère sous-orbitaire qui s'épanouit en un grand nombre de branches à sa sortie du canal sous-orbitaire, donne, entre autres, deux branches profondes accolées au périoste, l'une antérieure, l'autre postérieure.

L'antérieure se dirige obliquement en bas et en avant, et parvient au niveau de la première incisive, à deux centimètres du

bord libre de la gencive correspondante, elle se recourbe en bas et en dehors, et décrit une courbe à convexité dirigée en bas. La seconde branche gingivale de la sous-orbitaire descend presque verticalement, et parvenue à trois centimètres du bord libre de la gencive qui recouvre la première petite molaire, se divise en deux rameaux, dont l'un, dirigé en bas et en dedans, va s'anastomoser en arcade avec le rameau précédent, tandis que l'autre, dirigé en bas et en arrière, va, sous la saillie de l'os molaire, s'anastomoser en arcade avec le rameau gingival de l'alvéolaire.

Plus simplement : trois artères concourent à former l'arcade gingivale supérieure : l'antérieure correspond aux incisives, la postérieure correspond aux grosses molaires ; la moyenne correspond aux petites molaires. Cette dernière se bifurque. Sa branche antérieure s'anastomose avec l'artère gingivale postérieure ; il en résulte deux arcades partielles, qui, en réalité ne forment qu'une seule arcade, puisqu'elles se continuent l'une avec l'autre au niveau de l'artère gingivale moyenne.

Telle est la constitution des arcades gingivales supérieure et inférieure. Une seule description suffira maintenant pour toutes les deux.

L'une et l'autre cheminent au contact du périoste, suivant une direction qui est à peu près parallèle au bord libre des gencives. L'une et l'autre commencent près de la ligne médiane, et se terminent au niveau de la dernière grosse molaire. L'une et l'autre correspondent à peu près au niveau du cul-de-sac transversal que décrit la muqueuse buccale en se réfléchissant des joues sur les mâchoires. L'une et l'autre enfin sont *exclusivement* destinées à la circulation des gencives. De la concavité de l'arcade inférieure, de la convexité de l'arcade supérieure naissent de nombreuses artérioles, qui se dirigent directement vers le bord libre des gencives. Quelquefois deux artérioles voisines se dirigent l'une vers l'autre, et forment une arcade secondaire dont la convexité, toujours tournée vers les dents, donne naissance à des artérioles plus petites, qui aboutissent aux gencives.

Quoi qu'il en soit, la gencive de chaque dent reçoit au moins quatre ou cinq de ces artérioles parallèles, près du bord libre de la gencive, ces artérioles s'anastomosent et donnent de très-jolis ré-

seaux qui se réfléchissent avec cette membrane et se continuent dans le périoste alvéolo-dentaire.

Les artères coronaires labiales ne concourent en rien à la circulation des gencives, quoique plusieurs auteurs l'aient annoncé. La richesse extrême de cette circulation aurait depuis longtemps attiré l'attention des anatomistes, si, pour la mettre à découvert, il ne fallait pas enlever avec la plus grande patience la couche superficielle des gencives, dont la consistance est comme cartilagineuse.

20. M. Macquet fait une communication verbale à la société. Elle a trait à un jeune homme, âgé de 18 ans, qui fut admis à l'hôpital de la Charité au cinquième jour d'une fièvre typhoïde. L'affection se présentait alors sous la forme adynamique. Elle avait un peu cédé le quinzième, mais le seizième il se déclara un épistaxis, et le dix-septième un enchifrènement. Les deux narines finirent par jeter de la matière purulente et sanguinolente. Quelques personnes crurent voir dans ces accidents des phénomènes de morve aiguë.

On trouva après la mort :

1° Dans l'intestin grêle quatre ou cinq plaques ramollies et ulcérées ;

2° Des ganglions mésentériques augmentés de volume ;

3° La rate plus grosse qu'à l'état normal ;

4° Le sang évidemment altéré ;

5° Des caillots de couleur de gelée de groseille dans le cœur droit ;

6° La membrane interne des artères rouge par imbibition ;

7° La membrane muqueuse des fosses nasales ramollie, mais non ulcérée ;

8° Un ganglion suppuré au-dessus de l'angle de la mâchoire du côté droit ;

9° Aucune trace d'abcès métastatiques.

21. *Lemaistre* fait voir des tubercules développés dans plusieurs organes d'une jeune fille morte d'une méningite sept jours après son entrée à l'hôpital des Enfants-Malades (salle Sainte-Catherine, n° 22).

Cette jeune fille avait éprouvé de grandes frayeurs aux journées de février 1848. Depuis lors, elle n'avait jamais été bien portante et quinze jours avant son admission dans le service de M. Blache,

Elle avait été prise de vomissements très intenses, de très fortes céphalalgies et de constipations opiniâtres. Elle avait tous les symptômes d'une méningite. On ne put les arrêter par des émissions sanguines, par des purgatifs, par le calomel à doses fractionnées.

A l'autopsie, qui fut faite vingt-quatre heures après la mort, on trouva dans les scissures de Sylvius les méninges épaissies, infiltrées de matière d'un blanc opalin, et présentant quelques petites concrétions tuberculeuses. Les ventricules étaient gorgés d'une sérosité un peu trouble; mais la partie postérieure du ventricule latéral gauche était ramollie dans une grande partie de son étendue. Néanmoins, pendant la vie, on n'avait observé aucun symptôme plus prononcé à droite qu'à gauche. Le poumon offrait de l'hépatation rouge à sa partie postérieure, et çà et là quelques tubercules. Il y en avait aussi dans les ganglions bronchiques, dans le péritoïne, sur les viscères abdominaux, dans les ovaires fortement hypertrophiés, dans les trompes et dans la cavité utérine, mais non dans ses parois.

Le foie, la rate et les reins étaient exempts de matière tuberculeuse. Il n'y avait point d'ulcérations dans le tube digestif.

*Quelques considérations sur l'ethmoïde, le vomer et la cloison
cartilagineuse du nez.*

Par M. COLIN, chef du service d'anatomie à l'école d'Alfort.

Jusqu'à ce jour les anatomistes, prenant un peu trop exclusivement pour point de départ l'organisation de l'homme, ont considéré l'ethmoïde et le vomer comme deux os distincts et le premier comme isolé de la partie inférieure du sphénoïde; cependant il n'en est pas ainsi, et je crois pouvoir le prouver d'une manière incontestable.

1° Les auteurs d'anatomie comparée qui reconnaissent depuis assez longtemps dans la plupart des animaux un sphénoïde antérieur et un sphénoïde postérieur ont remarqué que ces pièces osseuses restent séparées pendant une grande partie de la vie et se soudent avec les os voisins bien avant de se confondre l'une avec l'autre. Ainsi, d'après Cuvier, le sphénoïde postérieur dans le mouton, la chèvre, le chamois, le cerf, le chien, le dauphin et la plupart des rongeurs se souderait avec l'occipital avant de se réunir au sphénoïde antérieur; d'après Meckel, il en serait de même dans le plus grand nombre des mammifères, et peut-être chez tous, tandis qu'au contraire dans l'espèce humaine ces deux os se confondraient avant la naissance.

La séparation des deux sphénoïdes pendant très longtemps est donc un fait bien établi: mais ce qu'on a décrit sous le nom de sphénoïde antérieur n'est en réalité que la partie principale ou le corps de l'ethmoïde. En effet, si on examine la tête d'un fœtus de vache à terme et même celle d'un fœtus de huit mois, on trouvera la crête ethmoïdale en grande partie ossifiée et complètement soudée avec cette partie inférieure du sphénoïde; la même particularité s'observera sur les fœtus des solipèdes quelque temps avant la naissance, et surtout sur les sujets

d'un à deux mois, car dans ces dernières espèces, l'ossification est plus tardive. Cuvier en faisant l'ostéologie de la tête des ruminants, dit que dans le mouton « l'ethmoïde se soude très promptement au sphénoïde antérieur par la base du crista-galli, en sorte qu'ils ne font qu'un os lorsque les deux sphénoïdes sont séparés. »

M. Tabourin, qui a tout récemment signalé le même fait, a oublié d'indiquer dans quelles espèces et approximativement à quelle époque il commence à se faire remarquer. Néanmoins il ajoute avec raison que la partie caverneuse du sphénoïde doit être considérée comme formant le corps de l'ethmoïde.

La fusion de ces deux os, que personne n'a indiquée avant la naissance, chez le bœuf, le mouton, la chèvre et les solipèdes, prouvent qu'ils ne doivent en former qu'un seul. S'il fallait, à l'appui de cette assertion, un autre argument que celui du fait lui-même, il suffirait de suivre les progrès de l'ossification de la lame perpendiculaire qui, à mesure qu'elle se forme, se soude avec le sphénoïde antérieur, pour rendre l'union de ces deux pièces plus complète.

2° Le vomer, qu'on a aussi regardé comme un os spécial, n'est réellement qu'un appendice de l'ethmoïde ; sa soudure avec les volutes de ce dernier se remarque dans beaucoup d'espèces même pendant la vie intra-utérine. Si pour s'en assurer, on examine le fœtus des didactyles vers le terme de la gestation, celui de la vache à huit mois, par exemple, on trouve les volutes ethmoïdales formant de chaque côté une masse dont tous les petits cornets se tiennent, et qui est confondue par un pédicule mince avec les parties latérales du vomer ; cette fusion, quoique peu solide, résiste parfaitement à une coction complète et à une macération très prolongée, de telle sorte qu'il est impossible d'isoler ces pièces sans briser le fra-

gile pédicule qui les unit. Comme à cette époque les lames criblées sont encore cartilagineuses, elles se séparent d'abord de l'apophyse crista-galli qui reste attachée à la partie inférieure du sphénoïde, puis des volutes, qui sont appendues au vomer.

Cette union si remarquable n'a pas été signalée par les auteurs d'anatomie vétérinaire, non plus que par les naturalistes. Cuvier, Carus, Geoffroy, St-Hilaire n'en disent pas un mot; seulement Meckel fait observer que dans la plupart des animaux le vomer est « soudé de bonne heure avec l'ethmoïde et le sphénoïde » sans ajouter que dans une seule espèce, il ait constaté cette fusion, soit pendant la vie fœtale soit même au moment de la naissance : s'il eût fait une pareille remarque, elle l'eût infailliblement conduit à regarder le vomer comme un prolongement, un appendice de l'ethmoïde, et non comme un os particulier.

La fusion dont nous parlons n'a pas lieu seulement dans les espèces du bœuf du mouton, de la chèvre, où elle est parfaite bien avant l'ossification des lames criblées; elle existe encore chez le porc un mois après la naissance, et même peut-être avant chez de jeunes chats et de très jeunes chiens; l'union ayant lieu chez ces derniers par des lames d'une minceur extrême, il est indispensable d'employer de grandes précautions pour la constater, et préférable d'obtenir l'isolement des os de la tête par une longue macération. J'ai aussi constaté cette soudure dans les espèces du rat et du lapin.

Dans les solipèdes, où l'ossification de l'ethmoïde marche très lentement, je n'ai pas trouvé d'union au moment de la naissance, ni même plusieurs mois après; il est vrai que j'avais seulement à ma disposition des têtes préparées depuis longtemps et à demi brisées. Toutefois si la soudure a lieu chez le cheval, ce ne peut être qu'au moyen de petites lamelles fort délicates et très faciles à

briser. Mais cette union n'existât-elle pas, elle ne pourrait détruire la règle déduite de la généralité des cas.

3° Le développement des pièces osseuses précédemment indiquées est très intéressant à étudier, surtout par ce qu'il est très variable suivant les espèces. Avant la naissance chez les bêtes bovines, la partie inférieure du sphénoïde est presque entièrement ossifiée; il ne reste à l'état cartilagineux que l'extrémité des lames destinées à s'enchâsser dans les mortaises frontales. L'apophyse crista-galli ossifiée est confondue avec cette partie; la lame perpendiculaire a déjà près d'un centim. de longueur; les masses latérales sont à peu près solides et les lames criblées entièrement cartilagineuses. La marche de l'ossification dans cette espèce ne me semble pas en harmonie avec la loi établie par M. Serres, et d'après laquelle la solidification de l'ethmoïde de l'homme et des animaux partirait des parties latérales pour s'avancer vers le centre; car vers le huitième mois de la vie foetale pour le bœuf et le dixième pour le cheval, l'apophyse crista-galli s'ossifie, tandis que les lames criblées qui sont sur les côtés restent cartilagineuses longtemps après. Dans le porc, un mois après la naissance, la partie inférieure des volutes est ossifiée; leur partie supérieure, les lames criblées et la crête ethmoïdale sont encore à l'état cartilagineux.

De tous ces faits il résulte :

1° Que même avant la naissance dans plusieurs espèces, le vomer est soudé aux volutes ethmoïdales; 2° Que la partie inférieure du sphénoïde l'est avec l'apophyse crista-galli; 3° Qu'une fois les lames criblées ossifiées, elles réunissent toutes les pièces qui, quoique distinctes encore dans quelques points, n'en forment pas moins un tout indivisible, un os de forme papilionacée auquel on devrait reconnaître trois parties : une supérieure ou sphénoïdale, portant les trous optiques et les ailes desti-

nées à la mettre en rapport avec le frontal ; une moyenne ou ethmoïdale composée de la crête de la lame perpendiculaire, des lames criblées et des volutes, enfin une inférieure vomérienne, constituant le support de la cloison nasale ; cet os ainsi délimité, formerait la base de la vertèbre céphalique que les anatomistes transcendants ont appelée olfactive.

4^e La cloison médiane du nez, qu'on s'est habitué à considérer comme un organe isolé, une partie distincte, n'est autre chose que le cartilage de prolongement et d'ossification de l'ethmoïde. Ce cartilage, chez le jeune fœtus, tient lieu de l'apophyse crista-galli avant qu'elle ne soit ossifiée, puis il forme les lames criblées qui dans beaucoup d'animaux persistent longtemps après la naissance à l'état cartilagineux, tandis qu'elles s'ossifient chez l'homme pendant la vie fœtale ; enfin il constitue la lame perpendiculaire qui, dans les didactyles, commence à s'ossifier avant la naissance pour continuer ainsi progressivement jusqu'à l'âge le plus avancé ; c'est cette même cloison, qui arrivant à l'ouverture extérieure des cavités nasales, s'élargit pour former les cartilages du nez, puis envoie des prolongements qui ferment les ouvertures incisives, et qui se terminent dans la bouche en appendice, destinés à soutenir les artères palatines vers leur anastomose. Toutes ces différentes parties manifestement continues les unes aux autres, affectent des dispositions variables. Ainsi les cartilages des ailes du nez sont minces, et très mobiles chez le cheval qui a les naseaux fort dilatables et toujours en mouvement. Chez le bœuf ils sont plus fixes et fortement adhérents aux cornets sur les côtés ; la cloison, en descendant sur les petits sus-maxillaires y prend une épaisseur énorme, et forme en quelque sorte un pilier élargi à sa base pour mieux soutenir l'épine nasale ; chez le porc, elle s'épaissit davantage en s'élargissant

entre l'épine nasale et les os incisifs, où elle devient, d'après l'expression de Carus, le siège de l'ossification qui produit l'os du boutoir. Il est donc bien évident que la cloison médiane du nez est à la fois le cartilage de prolongement et d'ossification de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde. Ce cartilage, qui de même que tous les autres, est entouré d'un périchondre bien apparent, surtout chez le bœuf quand on a enlevé la membrane pituitaire, s'ossifie plus ou moins suivant les animaux, peu dans le cheval, beaucoup dans le bœuf, plus encore dans le phoque, où, selon Cuvier, la lame de l'ethmoïde vient se montrer au bout du museau en avant des os du nez. Enfin dans un pachyderme fossile, (le rhinocéros tichorinus), la cloison qu'il forme a été entièrement ossifiée, même sur des têtes de très-jeunes sujets, sans doute pour donner un point d'appui solide à la corne faciale, et soutenir l'épine du nez qui elle-même se recourbe en bas et vient s'archouter sur les petits sus-maxillaires.

Rapport lu le 1^{er} juin 1849, à la Société anatomique, sur les pièces, le travail précédent et quelques monstruosité.

Par M. BADCA, prosecteur de la Faculté.

Messieurs,

La commission que vous avez chargée d'examiner le pièces et le travail de M. Colin, candidat au titre de membre adjoint, n'a pu procéder qu'avec une grande lenteur. Les premières pièces de ce candidat étaient relatives à des monstruosité dont la dissection nécessitait beaucoup de circonspection. Pendant cet intervalle, M. Colin a présenté d'autres pièces qui ont exigé de nouvelles études. Votre rapporteur commence donc par s'excuser de ne pas s'être acquitté plus tôt de la tâche que vous lui aviez imposée.

Les nombreuses pièces de M. Colin se divisent en deux

catégories. Les unes démontrent quelques points nouveaux d'anatomie normale; les autres constituent d'intéressantes monstruosités.

Par une série de pièces prises sur de très-jeunes mammifères, M. Colin a établi que le vomer, la cloison des fosses nasales, l'ethmoïde, et cette partie du sphénoïde qu'on nomme le sphénoïde antérieur, ne formaient, en réalité qu'un seul et même os. Les preuves qu'il invoque à l'appui de ces assertions sont développées dans son travail, et nous ne saurions mieux faire que de vous y renvoyer. Sans vouloir en rien diminuer le mérite de cette communication, qui signale un fait très exact et très-nouveau, je dois vous dire, Messieurs, que je ne partage pas complètement la manière de voir de M. Colin. Au point de vue de l'anatomie philosophique où le candidat s'est placé, la soudure, même précoce, de plusieurs points osseux dans certaines espèces animales, ne suffit pas pour prouver qu'ils ne forment qu'un seul et même os. Il faudrait, pour que cette conclusion fût légitime, que cette fusion se reproduisît dans toute l'échelle des vertébrés. Or, nous devons bien reconnaître que chez beaucoup d'animaux, si on chez le plus grand nombre, les pièces signalées plus haut restent longtemps distinctes, et peuvent même conserver leur indépendance dans l'âge le plus avancé.

Permettez-moi d'invoquer un exemple à l'appui de mon assertion. Chaque os maxillaire supérieur se développe par deux points d'ossification qui se soudent de très bonne heure, et qui sont déjà confondus, à la naissance, dans l'espèce humaine et chez quelques singes supérieurs. L'un de ces points d'ossification supporte les dents incisives, et l'autre, plus considérable, correspond aux dents molaires. Peut-on conclure de leur fusion précoce qu'ils ne constituent qu'un os unique? Oui et non, suivant le

point de vue sous lequel on se place. En anatomie purement descriptive, on peut, à la rigueur, chez l'homme, les confondre sous un seul nom ; mais dans les considérations plus élevées de l'anatomie philosophique, ils doivent être envisagés à part. En effet, à côté d'un fort petit nombre d'animaux chez lesquels ces os se soudent, on en trouve un nombre immense chez lesquels ils restent séparés pendant toute la vie, sous les noms, déjà anciens, de *sus-maxillaire* et d'*intermaxillaire*. Aussi, dans la détermination des vertèbres céphaliques, Geoffroy-S.-Hilaire a-t-il fait de ces deux os des éléments distincts de sa vertèbre labiale, dont l'*intermaxillaire* est le *paraal*, tandis que le *sus-maxillaire* en est le *cataal*.

Cet exemple, pris entre mille, me ramène aux conclusions du travail que j'examine. Prenant pour un seul os l'ensemble de tous les points médians du squelette de la tête, depuis le vomer jusqu'au sphénoïde antérieur, sans même en excepter le cartilage de la cloison qui s'ossifie chez certains animaux, M. Colin a considéré cet os unique comme le corps de la première vertèbre crânienne. Il suffit de se rappeler les divers systèmes des auteurs qui ont étudié le crâne au point de vue philosophique pour voir que cette limitation est entièrement neuve. La vertèbre antérieure de M. Colin comprend, en effet, les deux premières vertèbres de M. de Blainville, ou, si on veut, la vertèbre olfactive et la vertèbre oculaire d'Oken. Elle contient la vertèbre antérieure et la moitié de la vertèbre intermédiaire de Cuvier ; enfin, dans la classification méthodique et raisonnée de Geoffroy S. Hilaire, quatre vertèbres céphaliques sur sept : la labiale, la nasale, l'oculaire et la cérébrale, correspondent par leurs éléments à cette vertèbre unique.

L'idée de M. Colin est donc nouvelle ; mais je vous avoue que je ne la crois pas exacte. L'anatomie transca-

dante repose aujourd'hui sur des bases fixes ; elle est devenue une véritable science, et des aperçus nouveaux ne peuvent y être introduits qu'à l'aide de preuves directes et de raisonnements précis. Sans doute, dans l'origine, les premiers investigateurs ne purent procéder qu'à tâtons, et, pour ainsi dire, par instinct. Ne se guidant sur aucun principe fixe, ne s'inquiétant ni des connexions exactes des os, ni des éléments qui doivent entrer dans la composition d'une vertèbre complète, ils durent limiter très diversement les vertèbres céphaliques. Mais aujourd'hui il n'en est plus de même ; le principe des connexions est posé ; les éléments constitutifs de la vertèbre sont connus, et un classement vraiment scientifique des pièces osseuses de la tête a été donné par l'illustre Geoffroy-S.-Hilaire. Certes, je suis loin de dire que cette division soit à jamais inattaquable ; mais je crois qu'avant de lui en substituer une autre, il faudrait prouver ou que les principes sur lesquels elle repose sont faux, ou qu'il y a eu erreur dans la manière de les appliquer. Posant alors de nouvelles bases, ou corrigeant les fautes d'analyse, mais procédant toujours avec raisonnement et méthode, alors, mais alors seulement, chacun aurait le droit de faire des innovations. Je crains que dans la détermination de sa vertèbre nouvelle, M. Colin ne se soit laissé conduire par de simples analogies de forme, ou même par ce sentiment bien naturel et bien excusable, qui nous porte à exagérer les conséquences de nos découvertes. C'est en vain, du moins, que je cherche dans son travail des preuves à l'appui de son assertion. Son erreur vient de ce qu'il a étudié les pièces antérieures du crâne sur des animaux qui présentent ces pièces à leur maximum de fusion, au lieu de suivre une marche inverse, et de chercher, au contraire, les animaux chez lesquels ces pièces sont à leur maximum d'indépendance.

Du reste, Messieurs, en signalant une dissidence entre sa manière de voir et celle de M. Colin, votre rapporteur croit n'atténuer en rien la valeur de la première communication de ce candidat. Bien loin de le blâmer d'avoir tiré de sa découverte des conclusions un peu précipitées, nous devons le féliciter, au contraire, de savoir chercher dans l'étude comparée des animaux autre chose que la constatation pure et simple des faits anatomiques.

En second lieu, M. Colin nous a présenté cinq monstruosités fort intéressantes. Ne pouvant vous les détailler sans dépasser les limites de ce rapport, je me bornerai, pour ainsi dire, à vous énumérer les quatre premières; mais je vous demanderai la permission d'insister un peu sur la cinquième.

M. Colin vous a présenté :

1° Un veau né à terme, et privé de la paroi antérieure du tronc; les viscères thoraciques et abdominaux au grand complet et seulement un peu déformés flottaient librement à l'extérieur.

2° Un chien né à terme, et mort en naissant. Le tronc et les membres sont bien développés; la tête présente seulement le volume d'une grosse noisette. A l'extérieur, on n'y trouve ni œil, ni narines, ni bouche, ni mâchoire inférieure. Deux oreilles latérales, complètement indépendantes l'une de l'autre, s'implantent sur la partie la plus inférieure de cette tête rudimentaire.

A la dissection, on trouve que la cavité crânienne est limitée presque exclusivement par l'occipital, les pariétaux et les temporaux. Le sphénoïde est représenté par deux petites lamelles osseuses, qui n'ont pas deux millimètres de large. L'une de ces lamelles est en avant, l'autre est en arrière. Toutes deux sont sur la ligne médiane. On ne distingue pas d'ethmoïde; deux petits points osseux, contigus sur la ligne médiane, en avant et au-des-

sous de la suture pariétale, représentent les frontaux. Tous les os du nez, de la mâchoire et de la face manquent complètement.

Les temporaux sont privés d'apophyse zygomatique et d'apophyse mastoïde. Mais le cercle tympanal est très-volumineux; à travers les membranes du tympan qui sont bien développées, on aperçoit les osselets de la caisse, dont le volume est presque normal. Le pharynx se termine en cul-de-sac, sous la base du crâne. A sa partie la plus supérieure aboutissent les trompes d'Eustache, fort dilatées. Le larynx est normal; deux petits cartilages indiquent l'os hyoïde. La langue manque complètement. La pièce n'ayant été disséquée que fort tard, il a été impossible d'étudier les modifications que présentait sans doute cet organe.

3° Un fœtus de lapin qui à l'extérieur ne présente aucune apparence de tête, quoique le tronc et les membres soient bien développés. A la dissection on trouve que la colonne vertébrale se termine par un renflement qui en double à peu près le volume; deux arcs osseux, unis par une membrane limitent supérieurement le canal médullaire dilaté. Une substance pulpeuse est contenue dans cette dilatation.

On ne peut donc pas dire que ce fœtus fût acéphale; il était cryptocéphale.

4° Le quatrième monstre est un fœtus de cochon qui appartient au genre rhinencéphale, et qui présente tous les caractères de cette monstruosité bizarre, si bien décrite par Geoffroy S. Hilaire. Il y a fusion sur la ligne médiane des deux orbites en un seul, des deux globes oculaires en un seul, mais à la face antérieure de ce globe on aperçoit manifestement les traces des deux cornées imparfaitement confondues. La pièce ayant été conservée pour le musée Dupuytren, nous n'avons pas disséqué le globe unique,

dans lequel nous aurions certainement trouvé deux cristallins.

L'orbite unique est situé au-dessus de la bouche et au-dessous du nez. Ce dernier organe, d'une longueur démesurée, est recourbé en forme de trompe et remonté avant du front.

5° J'arrive enfin à la dernière pièce de M. Colin ; c'est sans contredit la plus intéressante de toutes.

Nous avons tous vu, il y a deux ans, dans les rues de Paris, un individu ambulant, qui gagnait son pain en montrant quelques animaux monstrueux. Dans le nombre se trouvait une brebis qui portait un membre supplémentaire implanté sur le milieu du ventre. Ce membre, qui paraissait insensible, allait et venait par oscillation, comme un pendule, mais était privé, du reste, de tout mouvement propre.

Désireux d'accroître les sources de sa fortune, le propriétaire de cette brebis la fit couvrir par un mâle. Il espérait qu'elle mettrait au monde des petits monstrueux comme elle. Mais, comme le maître de la poule aux œufs d'or, il fut cruellement trompé dans son attente. L'animal, au terme de la gestation, tomba gravement malade, et mourut, pendant le travail, dans les infirmeries d'Alfort. Son petit, qui mourut du reste en naissant, était parfaitement bien conformé.

En vertu d'un règlement malheureux, qu'une administration intelligente effacerait bien vite (s'il y avait des administrations intelligentes), les corps des animaux qui succombent à Alfort appartiennent intégralement à leurs propriétaires. L'autopsie ne peut être pratiquée que sur une permission formelle. Nous ne saurions trop le regretter pour le cas actuel. Le propriétaire de cette brebis monstrueuse désira conserver la peau et les membres de l'animal, afin de le faire empailler, et de le montrer aux

curieux. Cette circonstance rendit l'autopsie fort incomplète. A partir du sabot jusqu'au point qui correspond au milieu à peu près de la longueur du tibia, le membre supplémentaire ne put être examiné. Toutefois l'inspection de la partie supérieure de ce membre nous permet encore de nous faire une idée assez précise de la monstruosité.

Du milieu du ventre à peu près, ou plus exactement du point où aurait dû se trouver l'ombilic, s'élevait une tumeur hémisphérique, grosse comme la tête d'un enfant de cinq ans, dure au toucher, recouverte d'une peau blanche et privée de laine. Cette tumeur se terminait par un membre velu, qui, par sa configuration, ressemblait de tout point à un membre postérieur, et qui portait à son extrémité libre deux ongles coniques, gros, longs, recourbés en arrière, presque semblables à des cornes de chèvre. En écartant ces ongles, on trouvait, à leur racine, du côté de leur concavité, c'est-à-dire en arrière, un troisième ongle beaucoup plus court, et à côté de ce dernier, un quatrième plus court encore. N'oublions pas que les ruminants sont didactyles, et que, malgré leur inégalité, ces quatre ongles nous indiquent déjà deux membres postérieurs soudés ensemble. L'un de ces membres seulement serait très atrophié.

La longueur totale de ce membre supplémentaire n'a pas été mesurée. Mais nous savons que lorsque la brebis marchait, ce membre pendait sous le ventre, jusqu'à cinq centimètres environ au-dessus du sol; sa grosseur paraissait à peu près naturelle.

Au niveau du point où ce membre s'isolait de la tumeur ombilicale, existait sur cette dernière une petite saillie dont le sommet présentait une dépression pleine de laine. Le doigt, engagé dans cette dépression, pénétrait dans une cavité cylindroïde de quatre à cinq pouces de long, partout remplie de laine, et terminée en cul-de-sac. J'a-

voue que je n'ai pu savoir à quoi était due cette cavité, et que j'en ignore entièrement la signification tératologique. La laine qui la remplit ne permet pas en effet de la considérer comme la fin du rectum d'un monstre parasite.

Voici maintenant ce qu'on trouva à l'ouverture du ventre. Une seconde tumeur, du volume des deux poings à peu près, contenue dans le ventre, adhérait à la paroi de l'abdomen, et se continuait sans interruption avec la tumeur extra-abdominale. Les trois quarts supérieurs de sa surface étaient recouverts par le péritoine. A sa base, qui était adhérente, aboutissaient deux vaisseaux du volume d'une plume à écrire. L'un d'eux, veineux, contournait sous le péritoine la moitié droite de la paroi abdominale, et allait se jeter dans la veine-cave postérieure, tandis que l'autre, contournant la moitié gauche de cette paroi, provenait directement de l'aorte. Les ramifications de ces deux vaisseaux se distribuaient en partie à la surface de la tumeur, et pénétraient en partie dans son épaisseur.

En incisant alors d'un seul trait sur la ligne médiane la paroi abdominale et les deux tumeurs, tant extérieures qu'intérieures, voici ce qu'on trouva : les deux tumeurs se composaient à la fois de parties molles périphériques et de parties dures centrales.

Les parties molles de la tumeur extra-abdominale étaient constituées : 1° par du tissu cellulaire lardacé ; 2° par de la graisse ; 3° par de petites masses arrondies qui ressemblaient à des ganglions lymphatiques. Les parties molles de la tumeur intra-abdominale faisaient insensiblement suite aux précédentes ; mais l'élément fibreux y était en moindre quantité, et la graisse, au contraire, y était beaucoup plus abondante. Dans l'intérieur de la tumeur intra-abdominale se trouvait, en outre un kyste plein de laine. La plupart des poils qui composaient cette masse laineuse étaient libres, fort longs, et fortement pe-

lotonnés ; quelques-uns étaient manifestement implantés sur les parois du kyste.

Voici maintenant de quoi se composait le squelette de ce membre supplémentaire et des tumeurs auxquelles il aboutissait. Au milieu de la tumeur intra abdominale se trouve une masse osseuse, irrégulière, longue d'environ douze centimètres, qui, par la bizarrerie de sa forme, échappe à toute description, mais dans laquelle cependant on reconnaît quatre parties distinctes, soudées ensemble par une de leurs extrémités, et libres par l'autre. Quoique la pièce soit loin d'être symétrique, on reconnaît au premier coup-d'œil qu'elle est constituée par deux moitiés analogues, qui se composent chacune de deux parties soudées entre elles ; l'une, deux fois plus longue et six fois plus grosse que l'autre, présente tout à fait à sa partie supérieure la forme d'un fémur, l'autre, un peu aplatie, terminée en pointe par son extrémité externe, mais prenant les caractères d'un os plat à son extrémité interne, correspond évidemment à l'os iliaque.

Cette masse osseuse se compose donc : 1° de deux fémurs ; 2° de deux os iliaques. Ces quatre parties sont soudées ensemble. Les deux os des îles, en s'unissant en avant et en arrière, constituent une ceinture osseuse complète. Le détroit supérieur du bassin est bien moindre que le détroit inférieur. Il n'y a pas de trace de colonne sacro-coccygienne, ni de vertèbres, ni de tête, ni de membres thoraciques.

Les extrémités libres de ces deux fémurs sont beaucoup plus grosses que leurs extrémités supérieures ; elles se terminent par des surfaces irrégulières, rugueuses, assez semblables à la surface des os enflammés depuis longtemps.

Cette masse osseuse est perpendiculaire au plan de la paroi abdominale. L'extrémité libre des fémurs rudimentaires correspond au niveau du point où la tumeur exté-

rière et la tumeur intérieure sont contiguës. A cinq centimètres au-dessous de cette extrémité on trouve une seconde masse osseuse, qui n'est point articulée avec la précédente, et qui ne lui est unie que par le tissu cellulo-graisseux de la tumeur.

Cette seconde masse osseuse commence au milieu à peu près de la tumeur extra-abdominale, et se continue sans interruption jusqu'aux ongles qui terminent inférieurement le membre supplémentaire. J'ai déjà dit qu'il n'avait pas été possible de l'extraire en totalité; on n'a pu en obtenir que la moitié supérieure; mais nous en avons assez pour apprécier la nature de la monstruosité.

Dans le fragment que nous avons sous les yeux, et qui est long de vingt-un centimètres, nous avons reconnu :

1° L'extrémité inférieure de deux fémurs soudés entre eux, à leur partie supérieure, indépendants l'un de l'autre à leur partie inférieure, mais soudés chacun à ce niveau avec le tibia correspondant; 2° deux rotules soudées chacune en avant du fémur correspondant, à un centimètre au-dessus de la ligne fémoro-tibiale; 3° deux tibias inégaux, le droit était un peu plus grcs que le gauche, unis supérieurement par un pont transversal immédiatement au-dessous de la ligne fémoro-tibiale, indépendants à partir de ce point là jusqu'à deux centimètres au-dessus du point où la section a été pratiquée, et se fondant insensiblement en un seul cylindre osseux dans lequel cependant on trouve deux canaux médullaires distincts. L'inégalité des deux tibias devient de plus en plus prononcée de haut en bas; au niveau de la section, le canal médullaire du tibia gauche n'est déjà plus que le quart du canal médullaire droit. Tout porte à croire que cette atrophie des éléments du membre gauche allait en augmentant jusqu'en bas; souvenons-nous, en effet, que le membre supplémentaire

se terminait par quatre ongles, dont deux étaient très-long, et deux autres très petits.

4° Enfin une mince épine osseuse, détachée verticalement du milieu du point transversal qui unissait en haut les deux tibias, correspond évidemment aux deux péronés. En effet, à la base de cette épine, on remarque en avant et en arrière une rainure superficielle qui indique la ligne de fusion des péronés. On sait que chez les ruminants le péroné est, pour ainsi dire, atrophié, et n'existe qu'à la partie supérieure de la jambe.

Ainsi, dans toutes les parties osseuses, que nous avons pu étudier, nous retrouvons les éléments de deux membres inférieurs. Seulement ces deux membres isolés et égaux à leur partie supérieure sont confondus et inégaux à leur partie inférieure.

Nous avons donc affaire à un monstre double composé d'un autosite et d'un parasite; le parasite, très incomplet, est réduit à son train postérieur; il est implanté sur l'ombilic de l'autosite. Le nombre des membres de ce dernier paraît donc augmenté : c'est un monstre double parasitaire polymélien.

Je vous demande pardon, messieurs, de cette description un peu minutieuse, qui était cependant nécessaire; car cette monstruosité présente des particularités remarquables, et donne lieu à des considérations que je croi nouvelles.

Je remarque d'abord que ce parasite se compose de deux parties très distinctes, l'une incluse dans l'abdomen de l'autosite; et l'autre libre à l'extérieur. La partie incluse est atrophiée; elle offre le volume qu'elle présente normalement à la naissance. — Or, quoique le monstre ait vécu jusqu'à l'âge adulte, cette partie n'a subi aucun développement utérin.

Au contraire, la partie libre s'est bien développée, et

présente à peu près les dimensions normales des parties correspondantes d'une brebis adulte. La pression exercée par les viscères abdominaux de la partie incluse est certainement la cause de cet arrêt de développement.

Je remarque en second lieu que chaque fémur est divisé en deux parties, l'une intérieure, l'autre extérieure. Les inégalités et les rugosités, qui existent sur les extrémités libres de chacune de ces moitiés de fémur, indiquent clairement qu'il y a eu là un travail inflammatoire et une cicatrisation d'os fracturé. Cette fracture a eu lieu de très bonne heure, probablement même pendant la parturition, au moment de la naissance du monstre. La flexion subie par le membre supplémentaire a déterminé cette fracture au niveau de point où ce membre s'implantait sur l'abdomen. C'est une véritable fracture et non point un décollement d'épiphyse; car la solution de continuité a lieu à six centim, au-dessus de la ligne fémoro-tibiale, bien au-dessus par conséquent de l'extrémité de la diaphyse.

Nous trouvons dans le monstre parasite tous les éléments qui constituent deux membres complets, à l'exception des nerfs et des muscles. Ce fait concorde merveilleusement avec les faits trop peu cités du professeur Alexandrini de Bologne, qui a vu manquer les muscles toutes les fois qu'il y avait absence de nerf, et qui en tirait cette conclusion que l'appareil musculaire ne se développe que par l'intermédiaire de l'appareil nerveux.

L'absence des muscles entraîne l'absence de mouvement. De là l'ankylose de toutes les articulations. Cette ankylose est incomplète; elle est constituée par des jetées osseuses très fortes; mais en plusieurs points on voit le jour à travers les lignes articulaires. Il n'était pas besoin de cette nouvelle preuve pour savoir que l'immobilité absolue finit tôt ou tard par déterminer une ankylose véritable.

Enfin, malgré l'absence de muscles et de tendons, nous trouvons deux rotules enkylosées, il est vrai, mais cependant bien reconnaissables; la rotule ne doit point être considérée comme un os sésamoïde; mais bien comme un point d'ossification distinct, comme un os à part; l'analogie du reste qui existe entre cet os et l'olécrâne vient à l'appui de cette proposition.

Telles sont, messieurs, les nombreuses pièces que vous a présentées M. Colin. Leur nombre a rendu mon rapport un peu long, mais nous ne pouvons en accuser que l'activité de votre candidat. Placé à la tête d'un service d'anatomie à Alfort, M. Colin a fréquemment l'occasion d'observer des monstruosités et des pièces pathologiques sur les animaux. Les pièces qu'il nous présente et que peu d'entre nous pourraient se procurer sont propres à jeter un grand jour sur l'anatomie pathologique de l'homme.

M. Deville pense que ce dernier monstre mérite mieux le nom de monstre par inclusion, que celui de monstre parasite. L'expression de monstre polymélien dont le rapporteur s'est servi, lui paraît malheureuse, puisque le point capital n'est point l'augmentation du nombre des membres, mais l'existence d'un être incomplet surajouté à l'autosité.

M. Broca croit que l'expression de monstre par inclusion n'est pas plus exacte que l'autre. En réalité le parasite est en partie inclus et en partie libre. Mais la partie extérieure étant la plus volumineuse, et permettant, avant toute dissection, de reconnaître la nature de la monstruosité c'est elle qui a dû servir de point de départ pour la détermination de l'espèce. Il est regrettable qu'il n'y ait pas dans la science un nom approprié au cas de ce genre. Quand au mot polymélien, M. Broca reconnaît qu'il donnerait si on l'employait seul, une idée inexacte de la monstruosité, aussi a-t-il eu soin de le faire précéder des mots : monstres doubles parasitaires. Dès-lors, il n'y a plus d'ambiguïté. Du reste, le rapporteur a cru devoir se conformer à la classification de M. Sid. Geoffroy Saint-Hilaire, mais il ne s'en constitue pas le défenseur.

M. Deville, ne pense pas qu'on doive rejeter de la classe des monstres par inclusion ceux qui sont assez superficiellement placés pour être diagnostiqués pendant la vie. On a diagnostiqué des inclusions scrotales, dira-t-on pour cela que ce ne sont pas des inclusions.

M. Broca répond que ce n'est pas là ce qu'il a voulu dire. Lorsqu'une partie, lorsque la plus grande partie d'un monstre est libre à l'extérieur, lorsqu'elle n'est recouverte par aucun des éléments de l'individu autosite, on ne peut pas dire que ce monstre soit inclus. Dans le cas que vient de citer **M. Deville**, le monstre imparfait qui était renfermé dans les bourses n'était libre en aucun point ; il était de toutes parts environné par les éléments de l'autosite, il était inclus.

M. Houel rappelle que **M. Cruveilhier** admet une inclusion superficielle et une inclusion profonde. La première n'a été observée qu'au cuir chevelu et au scrotum. A la dernière assertion de **M. Broca**, **M. Houel** répond que dans un cas d'inclusion scrotale la peau était en partie lisse et en partie couverte de poils. La peau blanche appartenait au fœtus inclus, la peau couverte de poils appartenait à l'autosite.

M. Mailliot fait observer que **M. Broca** a été trop exclusif dans la partie de son rapport où il a dit que la portion du fœtus incluse avait été empêchée de se développer par suite de la compression qu'elle avait éprouvée de la part des viscères abdominaux. **M. Mailliot** eût préféré voir exprimer cette idée sous forme de doute. Il a de la peine à comprendre un arrêt de développement par la simple compression ; car elle ne s'oppose pas au développement du produit de la conception, d'une tumeur ovarique, splénique, etc. A la rigueur, l'assertion de **M. Broca** peut être fondée ; mais il est impossible d'en démontrer l'exactitude.

M. Broca répond qu'il a déduit sa conclusion du rapprochement qu'il a fait du volume des parties extérieures avec celui des parties renfermées dans l'intérieur.

Rétrécissement organique de l'œsophage. — Emploi d'un nouveau mode de dilatation. — Amélioration sensible. — Méningo-céphalite. — Mort. — Autopsie.

Observation recueillie par M. LUNIER. (Mai 1847.)

Le 2 mars 1847 est entré à l'hôpital Necker, dans le service de M. Hervez de Chégoin, le nommé Cordier (Jacques), âgé de soixante ans, journalier.

Cet homme est d'un tempérament lymphatique et d'une constitution sensiblement délériorée; sa mère est morte à cinquante-sept ans, et son père à soixante-treize. Ils étaient habituellement d'une assez mauvaise santé; ses autres parents n'ont jamais rien offert de particulier dans leur santé. Il m'a assuré n'avoir jamais eu lui-même le moindre accident vénérien.

A l'âge de dix-neuf ans, Cordier devint militaire, et ne quitta le service qu'à trente-deux ans. Depuis cette époque, il a été employé comme homme de peine dans une fabrique d'équipements militaires.

En 1814, il reçut une balle morte sur la poitrine, vers la partie supérieure du sternum. A la suite de cette blessure, il eut, pendant dix ans, des crachements de sang fréquents, mais peu abondants. Depuis la même époque, il tousse continuellement; et cette toux a toujours été en augmentant.

Il y a deux ans environ, Cordier eut une pneumonie pour laquelle il resta quinze jours à l'hôpital Necker. A la suite de cette maladie, il continua à tousser comme auparavant.

C'est dans le mois de juillet 1846, que Cordier éprouva les premiers symptômes de la maladie qui l'a conduit à l'hôpital. Pendant trois mois environ, il n'eut d'abord qu'une légère dysphagie. Les potages au pain, la bouillie, passaient encore aisément; mais les aliments solides, quelque

mâchés et imprégnés de salive qu'ils fussent d'ailleurs, passaient toujours avec une certaine difficulté. Cette dysphagie n'était pas continue. Elle durait huit, dix, douze, vingt-quatre heures au plus, et disparaissait pendant dix ou quinze jours, sans qu'il fût possible de saisir la cause du retour, d'ailleurs irrégulier, des mêmes accidents.

Mais au mois de novembre, cette dysphagie devint continue, et ne fit qu'augmenter progressivement, quoique d'une manière presque insensible. Enfin Cordier se décida à entrer à l'hôtel-Dieu annexe, dans le service de M. Valleix.

A cette époque, le malade ne pouvait plus avaler d'aliments solides. Des tisanes, du bouillon, de la bouillie peu épaisse, des potages au riz ou au vermicelle, voilà en quoi consistait sa nourriture ordinaire ; il avalait déjà difficilement des potages au pain. Mais le 5 janvier, la dysphagie devint telle qu'il fallut renoncer à lui donner même des liquides. On espérait d'abord que l'état du malade s'améliorerait sans traitement aucun, mais il n'en fut rien. Le 10, M. Valleix se décida à pratiquer le cathétérisme de l'œsophage. Après avoir essayé inutilement d'introduire par la bouche plusieurs sondes de diverses grosseurs, et armées d'un mandrin en fer, il parvint à en faire passer une, ayant à peu près un centimètre de diamètre, et par laquelle on injecta un litre environ de bouillon gras. La résistance qu'on éprouva pour introduire et retirer la sonde indiquait assez la nature de la maladie ; on avait affaire évidemment à un rétrécissement de l'œsophage. Ajoutons qu'après ce premier cathétérisme, le malade put manger seul une quantité assez notable de potage au vermicelle, et depuis cette époque, il lui a toujours été possible d'avalier au moins de la bouillie.

Les jours suivants, jusqu'au 28 février, époque de la sortie du malade, on pratiqua le cathétérisme en aug-

mentant progressivement le volume de la sonde. La dernière était grosse comme le petit doigt.

Quoi qu'il en soit, quand Cordier quitta l'Hôtel-Dieu annexe, il se trouvait bien peu amélioré, et il ne pouvait encore, en effet, avaler d'aliments solides. Aussi, le 2 mars, fut-il reçu à l'hôpital Necker. Voici quel était alors son état :

Pâleur de la peau et des muqueuses ; amaigrissement considérable, que le malade dit être devenu surtout sensible depuis le commencement du mois de janvier. Néanmoins l'appétit est bon, et Cordier n'éprouve jamais ni nausées ni douleurs épigastriques ; il va à la selle tous les deux jours et facilement. La miction est fréquente et abondante, ce qu'explique la quantité énorme de liquide avalée par le malade. La déglutition seule ne se fait point régulièrement. La malade ne peut avaler que des aliments liquides ou semi-liquides, et puis à chaque mouvement de déglutition, il fait un mouvement tout particulier et caractéristique, qui indique le passage du bol alimentaire au niveau du rétrécissement. S'il a le cou un peu serré par sa cravate, il ne peut avaler même sa salive. D'ailleurs il n'accuse point de douleur le long du trajet de l'œsophage, et rien n'indique à l'extérieur le siège du rétrécissement.

Les antécédents me faisant craindre quelques lésions thoraciques, je dus interroger avec soin les fonctions respiratoires. La voix de Cordier est un peu voilée ; il tousse de temps en temps, surtout la nuit ; il expectore des crachats filants, glaireux, légèrement adhérents au vase, et sans la moindre trace de sang. J'auscultai et ne trouvai rien du côté gauche, si ce n'est un peu de rudesse à l'expiration en haut et en avant. Mais du côté droit, je constatai en avant sous la clavicule un souffle léger et très limité et du craquement ; en arrière et du même côté, il y avait aussi du craquement fin sur plusieurs points de la

poitrine. La percussion ne me fit reconnaître qu'un peu de matité dans la fosse sus-épineuse droite et dans le point indiqué plus haut comme le siège d'un souffle léger. — Rien du côté du cœur.

Sachant que M. Baillarger essayait un nouveau mode de dilatation des rétrécissements de l'œsophage, nous l'invitâmes à venir voir le malade. Le 7 mars, au matin, M. Baillarger pratiqua chez Cordier le cathétérisme de l'œsophage avec sa sonde à double mandrin en fer et en baleine. L'introduction en fut assez facile ; mais à une certaine hauteur, l'extrémité de l'instrument fut brusquement arrêtée, et le malade accusa une douleur légère, qu'il rapporta derrière le sternum, à quatre ou cinq centimètres environ au-dessus du niveau de la fourchette de cet os. Nous devions penser que là était le rétrécissement, et en effet, au bout de quelques secondes, M. Baillarger parvint, en pressant doucement sur la sonde, à lui faire franchir l'obstacle, et elle put passer alors sans la moindre difficulté.

Ce n'était là qu'un essai ; on pouvait bien, il est vrai, déterminer approximativement le siège du commencement du rétrécissement. On pouvait même, comme on le fait souvent, surtout pour les rétrécissements de l'urètre, tenter une dilatation progressive en augmentant tous les jours le diamètre de la sonde. Mais ce moyen est défectueux. Il est très difficile, en effet, quand le rétrécissement est très bas, et que la sonde a été introduite par le nez, de faire entrer l'extrémité de la sonde dans le rétrécissement. La pression qu'on opère sur la partie libre de la sonde ne tend qu'à augmenter la courbure de la sonde, et à l'appliquer contre la paroi postérieure du pharynx, ou même à déterminer des lésions dans les fosses nasales.

Les trous latéraux que présentent les sondes ordinaires font briser les sondes à leur niveau, et, en outre, leur

mandrin en baleiné peut sortir par ces trous, et aller labourer l'œsophage.

Ce nouveau mode de dilatation est connu et décrit ailleurs par M. Baillarger.

En mesurant la partie externe de la sonde, au moment où elle était arrêtée au-dessus, puis au-dessous du rétrécissement, j'ai trouvé qu'il avait une étendue de deux à trois centimètres. Quant au siège du rétrécissement, j'ai dû, pour le connaître, au moins approximativement, examiner sur des sujets de même taille, à quel niveau s'arrêtait une sonde introduite au même degré dans l'œsophage, et j'ai acquis de cette manière la presque certitude que le rétrécissement siégeait à peu près au niveau de la bifurcation de la trachée, au point où le malade indiquait une douleur légère, au moment de l'introduction de la sonde. J'étais même déjà, à cette époque, porté à penser que le rétrécissement était produit par une compression des ganglions bronchiques engorgés.

A partir du 7 mars, le malade fut sondé matin et soir, soit par M. Baillarger, soit par moi. Cette petite opération n'était pas toujours facile, et ne déterminait d'autres accidents qu'un peu de toux et d'oppression au moment où la sonde traversait le rétrécissement, et lorsqu'on dilatait le sac membraneux, et une expectation abondante de salive et de mucus nasal; la sonde, en bouchant l'œsophage, empêchait la déglutition de ces produits de sécrétion. Ces accidents sont d'ailleurs inhérents au cathétérisme, quelque méthode qu'on emploie, et sont même, au dire d'un malade, moins violents qu'avec la sonde introduite par la bouche.

Une fois la sonde introduite, le malade peut, du reste, la supporter facilement; il l'a gardée une fois (le 13 mars) pendant plus de trois quarts d'heure, sans penser même à la retirer. A l'Hôtel-Dieu annexe, il n'avait jamais pu la

garder plus de quatre à cinq minutes, et habituellement elle ne restait en place que quelques secondes.

L'on sait déjà comment l'instrument de M. Baillarger peut servir à dilater un rétrécissement. Il suffit, pour cela, après avoir dilaté le sac membraneux au-dessous du rétrécissement, de tirer lentement la sonde, et opérer ainsi une dilatation douce de bas en haut. On peut encore, quand le sac membraneux est au niveau même du rétrécissement, le remplir de nouveau en injectant de l'eau, et on obtient une dilatation encore plus efficace. Chez notre malade, nous avons employé en même temps ou l'un après l'autre, ces deux modes de dilatation. Je dois dire d'ailleurs qu'il est parfois très difficile de retirer le sac membraneux quand il est trop gonflé, par exemple, il faut, dans ce cas, ouvrir le robinet, et faire sortir un peu de liquide. Ce sont là des détails d'exécution qui n'offrent aucune difficulté sérieuse.

Voyons maintenant les résultats que nous avons obtenus chez notre malade depuis le jour où le cathétérisme a été pratiqué :

Pendant tout le mois de mars, le malade fut sondé matin et soir. Dans les premiers jours d'avril, l'amélioration était sensible, et nous ne le sondâmes qu'une fois par jour. Quelquefois même, quand le malade toussait un peu plus que de coutume, nous évitions de le sonder.

Le 17 avril, l'amélioration était très-sensible. Car le malade, qui, à son arrivée à l'hôpital, ne pouvait avaler que des aliments liquides ou semi-liquides, pouvait alors manger du pain et de la viande. Cette amélioration continua les jours suivants, et le malade put manger trois portions de pain. Je m'étais, en effet, aperçu la veille que la sonde passait bien plus facilement. Il m'a même été presque impossible de reconnaître avec la sonde le point rétréci. J'ai injecté un peu d'eau, et ai pu passer et re-

passer très-facilement le sac membraneux assez fortement gonflé.

Le 21 j'injectai par hasard de l'eau tiède, au lieu d'eau froide, et je reconnus qu'elle déterminait moins d'efforts de vomissements, et était plus facilement supportée par le malade. Je ne me servis plus dès lors que d'eau tiède. Le malade m'apprit également ce jour là qu'il avait rendu une seule fois un peu de pus dans ses crachats. Je le fis manger devant moi, et il m'a semblé avaler comme une personne qui aurait un peu de gonflement des amygdales.

Le 23, j'avais oublié de le sonder : il voulut manger de la viande qui n'était pas cuite, et il éprouva un peu de difficulté à l'avalier ; il en fut de même des jours suivants.

Le 26, je le sondai sans difficulté aucune ; il venait de manger ; il vomit une partie de ses aliments. Mais une fois l'opération terminée, il put continuer facilement son repas. J'avais déjà eu plusieurs fois l'occasion de remarquer que le malade avalait beaucoup plus facilement quand il venait d'être sondé.

Les jours suivants, l'amélioration se continua : le malade cependant n'osait plus essayer de manger de la viande. Je ne le sondai plus à cette époque que tous les deux jours.

Le 10 mai, je m'aperçus que la sonde passait un peu moins facilement que les jours précédents.

Le lendemain, le malade voulut manger un peu de viande ; mais le bol alimentaire s'arrêta probablement, et le malade ne put rien avaler de toute la journée.

Le 12, il me suffit d'introduire la sonde jusque dans l'estomac pour rendre le passage libre. Je ne sentis qu'une très-légère résistance.

A partir de cette époque cependant, le malade commença à avaler moins facilement. Le cathétérisme également était plus difficile, et des accidents d'une autre na-

ture me forcèrent bientôt, dans la fin de mai, de les suspendre complètement.

Le malade fut pris d'une fièvre qui revint pendant quelques jours, par accès assez réguliers, et nous espérions d'abord que ce ne serait qu'une simple fièvre intermittente; mais bientôt la fièvre devint continue; le malade eut une toux plus fréquente, et se plaignit de douleurs dans plusieurs points de la poitrine et du cou. Il accusait en outre une céphalalgie assez opiniâtre. Enfin, le 18, on reconnut tous les symptômes d'une méningo-encéphalite. Il resta près de quarante-huit heures dans un état de prostration extrême, qui se termina par la mort, dans la journée du 20.

A l'autopsie, qui fut faite trente-six heures après la mort, nous trouvâmes les lésions suivantes :

Crâne. — Un peu de sérosité lactescente dans la cavité de l'arachnoïde, dont le feuillet pariétal est tapissé à sa face interne, de fausses membranes molles ou plutôt de pus concret. Injection vive de la pie-mère et du tissu cellulaire sous-arachnoïdien, qui est, en outre, infiltré d'une sérosité semi-purulente. Ces différentes lésions ont leur siège dans les deux tiers antérieurs de la convexité des deux hémisphères cérébraux; elles ne sont pas plus prononcées d'un côté que de l'autre. Dans ces mêmes points, la pie-mère est adhérente à la couche corticale dont la lamelle blanche superficielle s'enlève avec elle. Le reste de la couche corticale est injecté et ramolli: mais ce ramollissement, si évident pour les lames superficielles, l'est beaucoup moins pour les plus profondes, qui présentent une coloration un peu rougeâtre. La consistance de la substance blanche est plutôt augmentée que diminuée. Pas d'injection. — Rien dans le cervelet ni vers la base du cerveau.

Rien dans l'abdomen qui mérite d'être noté.

Le cœur présente un volume à peu près normal. Rien de particulier dans les cavités et aux valves.

Les poumons, et surtout le gauche, présentent quelques adhérences peu solides. A la face interne de la sixième côte, on trouve trois tumeurs de la grosseur d'une petite noisette, et qui ont été déchirées quand on a enlevé le poumon. Ces tumeurs, irrégulières et agglomérées, étaient évidemment développées dans la plèvre costale. Mon collègue et ami M. Gubler, y a reconnu de la matière encéphaloïde. Il existait ça et là dans les deux poumons sept ou huit petites tumeurs de même nature, que nous crûmes d'abord être formées par de la matière tuberculeuse, non encore ramollie.

Mais les lésions les plus remarquables, on du moins les plus importantes pour la question qui nous occupe, siégeaient autour et dans les parois de la partie moyenne de l'œsophage. En cherchant à isoler cette portion, je trouvais d'abord à la partie inférieure du cou, à gauche de l'œsophage, des ganglions remplis de matière en tout semblable à du pus tuberculeux. Je regrette de n'avoir point soumis cette matière à l'examen microscopique.

La partie postérieure de l'œsophage au niveau de la partie supérieure du sternum, et dans une étendue de quatre à cinq centimètres, adhérait très-fortement à la partie antérieure de la colonne vertébrale, qui cependant n'offrait aucune lésion.

A gauche de l'œsophage, et un peu au-dessus de la bifurcation, et au niveau du rétrécissement, existait un ganglion de forme ovalaire, de la grosseur d'une aveline, et qui était de nature cancéreuse; il nous parut comprimer l'œsophage. Plusieurs autres ganglions, moins durs et beaucoup moins volumineux que le précédent, entouraient également l'œsophage au-dessus et au-dessous de la bifur-

cation de la trachée; mais ceux là évidemment ne comprimaient pas l'œsophage.

Le tissu cellulaire environnant était un peu induré, et les parois du canal, dans la longueur de cinq à six centimètres, offraient, surtout en arrière et à gauche, une épaisseur de 8 à 10 millimètres. Il nous fut d'abord assez difficile de reconnaître si cette épaisseur tenait à l'induration du tissu cellulaire environnant ou à une lésion des parois mêmes de l'œsophage. Mais une dissection attentive nous donna la certitude que les parois de l'œsophage étaient réellement épaissies, et qu'il existait dans l'épaisseur de la couche musculaire même, ou entre cette couche et la muqueuse, du tissu morbide, dont il nous fut facile de retrouver des traces dans la partie sous-jacente de l'œsophage, jusqu'au diaphragme, tissu que M. Gubler reconnut également être formé surtout de matière encéphaloïde.

L'œsophage était évidemment rétréci au niveau, et le rétrécissement était à son maximum, immédiatement au-dessus de la bifurcation de la trachée. Je pus cependant encore, même dans ce point, introduire l'extrémité du petit doigt.

La face interne de l'œsophage au niveau du rétrécissement, offrait une ténuité d'un rouge un peu violacé; la muqueuse était érodée dans plusieurs points, injectée dans d'autres, et présentait surtout de petites granulations fines bien injectées elles-mêmes.

Rien de particulier dans les autres organes.

Vingt-sept tumeurs constituées par l'élément fibro plastique, existant sur une vieille femme dans diverses régions du corps.

Extrait d'une observation de M. JULES GODART.

Le 5 août 1847, entra à l'Hôtel-Dieu, salle Ste-Anne,

n° 32, la nommée Bérondiot, veuve Barthelemy, 79 ans, domestique. On ne put ni l'interroger, ni l'observer, car elle mourut dans la nuit qui suivit son entrée; on avait noté seulement qu'elle respirait difficilement.

L'autopsie, pratiquée au bout de 28 heures, ne révéla d'autre cause de mort, en supposant qu'on puisse même rapporter la mort à cette lésion, qu'un emphysème marqué des deux poulmons, surtout en avant, accompagné de rougeur dans la bronche et la trachée dont la muqueuse était tapissée par un liquide séro-muqueux, spumeux et grisâtre.

Le cerveau et ses ventricules; le cœur, l'intestin, les glandes abdominales, étaient dans un état d'intégrité parfaite.

On trouva chez cette femme une foule d'altérations intéressantes, très compatibles avec la vie. — En voici l'énumération: celles qui étaient analogues entr'elles seront décrites ensemble:

1° Exagération de la courbure latérale (courbure à gauche) de la colonne vertébrale, sans lésion des vertèbres;

2° Quatre hernies volumineuses au niveau et autour de l'ombilic. Leur description ne présente rien de particulier;

3° Trois calculs biliaires dans la vésicule; leur volume est médiocre; ils sont formés d'un noyau central noir qu'entourent des couches concentriques moins colorées;

4° Six ou sept tumeurs polypiformes et vésiculaires de la muqueuse du col utérin;

5° Une tumeur ossiforme du volume d'un gros abricot, contenue dans la paroi antérieure de l'utérus; une autre de même nature, beaucoup plus petite, existait dans un autre point de l'utérus. Ces tumeurs n'ont malheureusement été ni analysées par la chimie, ni examinées au microscope;

6° Enfin dans différentes parties du corps, on trouva sur cette femme *vingt-sept tumeurs*, très variables d'aspect et de volume, mais identiques dans leur structure microscopique. *L'élément fibro-plastique* les constituait exclusivement.

Voici comment elles étaient réparties :

Il y en avait *trois* entre l'arachnoïde pariétale et la dure-mère de la faux cérébrale. La plus petite avait 6 millimètres de diamètre, la plus grosse en avait douze.

Une dans la mamelle gauche ; 6 centim. de hauteur, 3 de largeur, 3 d'épaisseur.

Cinq dans différents point du corps de l'utérus. Elles étaient à peu près globuleuses ; deux avaient un centim. de diamètre ; deux en avaient trois : une, la dernière, en avaient quatre.

Une entre la plèvre viscérale et la base du poumon droit. 2 centim. et demi de long, 1 centim. de large.

Une entre la plèvre viscérale et le bord postérieur du poumon gauche. — Un centim. dans tous les sens.

Enfin *seize* à la face externe de la plèvre pariétale gauche. Il est nécessaire de donner quelques détails sur le siège et le volume de ces seize tumeurs ; l'une d'elles, d'un centim. de diamètre adhérait à la plèvre médiastine ; Une seconde longue de 8 centim., large et épaisse de 4, se trouvait entre le péricarde et la plèvre péricardique ; elle formait une saillie globuleuse qui refoulait sans lui adhérer, la partie correspondante du poumon gauche. — Trois autres tumeurs soulevaient la plèvre diaphragmatique ; deux d'entr'elles étaient fort petites ; mais la troisième lobulée, irrégulière, avait 5 centim. en travers et 3 d'avant en arrière sur 1 centim. d'épaisseur. — Dans la plèvre qui tapisse la gouttière costo-vertébrale existaient les 11 dernières tumeurs, dont 8 au niveau des côtes, et 3 au niveau des vertèbres. Celles qui correspondaient

aux côtes avaient à peine un demi centim. de diamètre, mais celles qui correspondaient aux vertèbres étaient extrêmement volumineuses; l'une d'elles avait 9 centim. de hauteur, 4 de largeur, trois d'épaisseur; une autre avait deux centim. de longueur; et la dernière, enfin, globuleuse, de 3 centim. de diamètre, présentait ceci de particulier que, seule parmi les tumeurs précédentes, elle adhérerait au poumon par sa face pleurale. Ces vingt-sept tumeurs, pour le répéter encore une fois, étaient constituées par du tissu fibro-plastique; mais, à l'œil nu elles ne se présentaient pas sous le même aspect; elles offraient à la coupe, trois dispositions différentes.

Les unes étaient homogènes, ressemblaient à des tumeurs fibreuses. Les tumeurs de l'utérus, l'une des tumeurs de l'arachnoïde, la tumeur sous-pleurale du poumon gauche, et la tumeur de la plèvre médiastine du même côté appartenaient à cette catégorie.

Une seule de ces tumeurs fibro-plastiques, celle de la mamelle était creusée d'aréoles qui communiquaient ensemble à travers des cloisons incomplètes, et qui étaient remplies par une substance gélatiniforme, en certains points, par du sang décomposé en d'autres points. On aurait pu la prendre pour un cancer colloïde; mais le microscope n'y trouva aucune cellule de cancer, aucun élément autre que des granules élémentaires, très nombreux, du tissu fibreux rare, et quelques corpuscules ayant le volume et l'aspect de fibres fibro-plastiques.

Toutes les autres tumeurs fibro-plastiques étaient composées de deux couches, l'une extérieure, blanche, dure, envoyant à l'intérieur des prolongements irréguliers; l'autre intérieure ou médullaire, un peu plus vasculaire et un peu moins consistante, contenant parfois des foyers sanguins. La partie extérieure était composée par des

fibres fibro-plastiques et des noyaux isolés. Dans l'intérieur, on trouvait des corpuscules qui ne paraissaient être autre chose que des noyaux de fibres fibro-plastiques.

**Ont été nommés membres correspondants de
la société anatomique,**

MM.

COEURDEROY (25 mai.)

BOUCHER (6 juillet.)

ESCALLIER (17 août.)

LACAZE-DUTHIERS (31 août.)

Membre-adjoint :

JUTEAU (24 août.)

Dans sa séance du 17 août 1849, la société anatomique a décidé que M. TRIQUET *serait rayé de la liste de ses membres adjoints*, pour n'avoir acquitté ni les frais de son diplôme, ni ceux de sa réception, ni le montant de ses cotisations.

La Société a décidé, en outre, que cette radiation et les motifs qui l'ont déterminée seraient imprimés dans les bulletins dont la publication suivrait immédiatement la radiation de M. Triquet.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

XXIV^e ANNÉE.

BULLETINS N^o 11 et 12. (Novembre et Décembre 1849.)

RÉDIGÉS

PAR MM. BARTH, BOUTEILLER, BROCA, CAUDMONT,
CRUVEILHIER, DEVILLE, DUCLOS, HOUEL, MACQUET,
POUMET, RICHARD, THIBAUT et MAILLIOT,
SECRÉTAIRE.

SOMMAIRE.

A.—*Extrait des procès-verbaux des séances de la société.*

9 novembre. — 1. Kyste multiloculaire de l'ovaire. — 2. Ossifications dans les vaisseaux du ligament large. — 3. Cancer de l'œsophage occupant surtout la couche musculuse. — Tubercules crétacés dans les poumons. — 4. Mort presque subite. Choléra ? Éruption très abondante dans l'intestin grêle. — Hypertrophie des follicules agminés. Follicules isolés confluent. Follicules du gros intestin développés également à un point considérable. Hyperhémie des reins, vessie vide. — Discussion. — 5. Kystes multiloculaires de l'ovaire. Corps fibreux de l'utérus dégénérés ? dépôt de matière crétacée.

16 novembre. — 6. Pieds bots varus congéniaux. — 7. Pied bot équin consécutif à une paralysie musculaire. — 8. Enchondrôme occupant la partie inférieure de la colonne vertébrale lombaire et quelques vertèbres sacrées. — 9. Plaie pénétrante de la poitrine (entre la 4^e et la 5^e côtes gauches) le lobe inférieur du poumon est intéressé dans une profondeur de 2 ou 3 centimètres. — Coagulation de sang dans les principaux vaisseaux de ce poumon (artères et veines) sans qu'il existe de traces de pneumonite. Obstruction de toutes les bronches par des mucosités sanguinolentes. Caillot de sang dans la plèvre. — 10. Epanchement pleurétique circonscrit au sommet de la poitrine. — 11. Hypertrophie du cœur. — Insuffisance auriculo-ventriculaire. — Rétrécissement aortique. — Discussion. — 12. Aiguille trouvée dans le ventricule gauche du cœur. Gangrène spontanée du membre inférieur droit ; est-elle due à l'artérite consécutive à la présence d'un caillot de sang transporté par le torrent circulatoire du cœur, dans les divisions de l'aorte ?

23 novembre. — 13. A. Petite fille née avec six orteils à chaque pied

et six doigts à la main droite ; le quatrième et le cinquième doigt de cette main étaient presque complètement palmés. B. Circonstances remarquables d'hérédité dans une famille étrangère. — 14. Pieds bots varus, légèrement équinus provenant d'un enfant âgé de 4 mois environ. — 15. Tumeur cancéreuse développée dans les parties molles voisines de l'orbite. Fragilité des os du crâne. — 16. Solution de continuité de la voûte du crâne chez un enfant. — 17. Carie vertébrale. Est-elle la suite d'une ostéite ou d'une arthrite? — 18. Testicule encéphaloïde. — 19. Tumeur de nature fibreuse contenant un noyau très dur dans son intérieur, trouvée dans la cavité péritonéale d'un homme. — 20 et 21. Dilatation des bronches chez une vieille femme. — Paralyse du muscle petit oblique et des muscles droits interne et inférieur, due à la présence d'une tumeur anévrysmale qui comprimait le nerf moteur oculaire commun. — 22. Etranglement de la vésicule du fiel, au dessous du rebord des côtes, chez une femme.

30 novembre. — 23. Anévrysme disséquant de l'artère aorte. — 24. Dilatation des bronches, chez une vieille femme. Discussion. — Phlébolites dans les ligaments de l'utérus. — 25. Cachexie cancéreuse. —

7 décembre. — 26. Cancer du foie et de la vésicule. — 27. Cicatrice d'un moignon. — 28. Hypertrophie de la rate sans fièvre intermittente. — Apoplexie de cet organe. — 29. Petites granulations à la surface du foie. — 30. Tumeurs épithéliales de la lèvre inférieure. — 31. Membrane caduque.

14 décembre. — 32. Hypertrophie du cœur. — 33. Placenta provenant d'une femme atteinte des accidents secondaires de la syphilis. — 34. Cancer du cœur, cancer du pylore, cancer du foie, cancer des ganglions lymphatiques. — 35. Épingle trouvée dans l'appendice iléo-cœcale. — 36. Injection de veines variqueuses. — 37. Tumeur encéphaloïde de la cuisse.

21 décembre. — 38. Spina bifida.

28. décembre. — 39. Fracture de l'extrémité inférieure du radius. — Luxation de l'avant-bras sur la partie postérieure de la main. — 40. Perforations du crâne. — 41. Séquestre emprisonné par de nouvelles pièces osseuses. — 42. Hernie graisseuse à travers le ligament de Gimbernat

B. Séance publique. — Discours de M. Cruveilhier. — Compte-rendu des travaux de la Société. — Eloge de Blandin. — Eloge de Ernest Boudet.

Extrait des procès-verbaux des séances de la Société Anatomique.

1. — M. Dufour présente un kyste de l'ovaire, provenant d'une

femme morte du choléra à l'âge de 71 ans. Ce kyste est multiloculaire ; il appartient à l'ovaire gauche. Au premier abord, on aurait pu le croire formé par l'utérus lui-même.

M. Houél demande à quels signes on a reconnu qu'il s'agissait bien, en effet, d'un kyste de l'ovaire.

M. Barth, dans le service duquel se trouvait la malade, répond que la pièce anatomique lui a paru digne d'être présentée, à cause même de la difficulté du diagnostic, car on pouvait se demander si elle n'avait pas eu l'utérus pour point de départ, comme le disait tout à l'heure M. Dufour. La paroi postérieure de la matrice est déformée par suite de la compression qu'a exercée sur elle la tumeur. Peut-être des adhérences ont contribué à produire ce résultat, en fixant le kyste dans un lieu insolite.

Bien que la tumeur soit très dure sur quelques points, il suffit de l'examiner attentivement pour reconnaître plutôt les caractères du kyste que ceux des tumeurs fibreuses. D'ailleurs, les kystes multiloculaires de l'ovaire sont très fréquents.

2. — M. Dufour fait voir encore un utérus qui présente des ossifications dans les vaisseaux du ligament large : ces vaisseaux sont probablement des artères.

3. — M. Potain a observé, à la Salpêtrière, une femme âgée de 86 ans, décrépite, qui n'a pu donner de renseignements. A son entrée à l'hôpital, elle avait le ventre déprimé, aplati. Constipée au début, elle avait fini par avoir du dévoiement. Les digestions étaient difficiles depuis plusieurs années, et depuis trois ou quatre mois, il y avait, après les repas, des vomissements d'aliments, et surtout d'aliments grossiers. Dans les derniers temps, il était survenu une coloration jaune-paille générale. Il y avait de l'anorexie. La malade ne prenait guère plus que quelques potages ; les vomissements avaient lieu dans l'intervalle des repas ; on ne sentait point l'artère aorte en palpant l'abdomen.

La fosse sus-épineuse droite donnait lieu à de la matité : la malade rendait quelques crachats.

A l'autopsie, on trouva au sommet des poumons des tubercules

crétacés, et dans l'œsophage, un cancer avec ulcération; deux plaques ulcérées, assez épaisses, existaient l'une au-dessus de l'autre, et sans occuper toute la circonférence de l'œsophage, au-dessus de l'orifice cardiaque. Tandis que le cancer a, le plus ordinairement, son siège dans le tissu cellulaire sous-muqueux, qui est son point de départ, celui-ci occupait surtout la couche musculuse. L'artère aorte adhérait à l'œsophage.

M. Barth rappelle les réflexions qu'il a déjà faites, touchant la difficulté du diagnostic dans quelques cas, chez les vieillards. La malade dont il vient d'être parlé s'amaigrissait depuis six semaines. Quand les vomissements sont survenus, dit-il, nous avons pensé à une tumeur carcinomateuse du tube digestif; mais on ne sentait pas cette tumeur pas plus qu'on ne la sent dans quelques cas. On pouvait penser qu'elle pouvait être assez petite pour se dérober à la palpation: nous le crûmes, et nous admîmes une tumeur à la région pylorique, ou vers la petite courbure de l'estomac. L'ouverture du cadavre a démenti ce diagnostic. Cette erreur pouvait-elle être évitée? Les troubles fonctionnels les plus habituels du cancer de l'œsophage n'existaient pas; il n'y avait point de régurgitation immédiate; le passage était assez libre à travers la cavité de l'œsophage. On peut se demander pourquoi les vomissements avaient lieu si tard. Y aurait-il eu rétention des aliments au-dessus du rétrécissement de l'œsophage?

4. — M. Leudet raconte le fait d'une mort subite, survenue le 7 de ce mois sur un jeune homme de dix-huit ans; il était d'une bonne santé, et il n'avait eu jamais que des épistaxis assez abondants. Le jour de sa mort, il avait accusé de la céphalalgie, et il avait fait un repas copieux. On l'envoya quérir du tabac. On allait le servir, lorsqu'il s'affaissa sur lui-même et se laissa tomber. Transporté sur le champ à l'Hôtel-Dieu, il succomba avant que M. Leudet eût pu le voir. Des informations ayant été prises, on sut qu'il n'y avait eu ni vomissements ni garde-ropes, ni crampes.

À l'autopsie, on trouva les poumons sains: ils étaient à peine engoués en arrière.

Le cerveau était peu congestionné.

La paroi du ventricule gauche du cœur était légèrement hypertro-

phiée. Les valvules de l'aorte, légèrement épaisses, n'étaient pas insuffisantes.

La rate était petite.

Il y avait un peu de congestion du foie et des reins.

La moitié inférieure de l'intestin grêle présentait une très abondante éruption ; les plaques prédominaient en haut ; elles étaient limitées, considérables. Il y avait une hypertrophie des follicules agminés : les follicules isolés étaient confluent.

Le gros intestin était également malade ; ses follicules étaient développés à un point considérable.

On trouvait dans l'estomac des matières alimentaires en très grande quantité, et beaucoup de matières fécales dans le gros intestin.

D'après ces faits, M. Leudet incline en faveur du choléra, car on n'a rien trouvé qui puisse faire croire le moins du monde à un empoisonnement.

Discussion. M. Lebert ne voit pas de raisons suffisantes pour partager l'opinion de M. Leudet. Mort presque subite, point de vomissements, pas de crampes, absence de matières cholériques dans l'intestin grêle et le gros intestin : tout cela se rencontre dit-il dans les apoplexies ordinaires. Reste le développement des follicules agminés et isolés. Quoique l'engorgement de ces follicules soit constant dans le choléra, on en trouve dans d'autres cas. J'en ai rencontré, en 1835, chez un homme atteint d'une fièvre typhoïde latente. Malgré cela, M. Lebert n'oserait pas se prononcer sur le fait de M. Leudet. Jusqu'à plus ample informé, il le placerait dans la classe des faits douteux.

M. Deville demande quel était l'état du cadavre ?

M. Leudet répond qu'il était raide, que les avant-bras étaient fléchis sur les bras, que les pieds étaient retournés.

M. Broca a été témoin de l'autopsie, et il croit à une attaque de choléra. Il ne savait pas ce qu'avait eu le malade. En entrant à l'amphithéâtre, il fut frappé de l'odeur qu'exhalait le cadavre, et qui ramena immédiatement ses idées vers le choléra : l'inspection du sang le confirma dans cette manière de voir. Ce liquide devint rouge assez rapidement. L'hyperhémie des reins, l'absence complète d'urine dans la vessie venaient à l'appui de son diagnostic.

Suivant M. Lebert, les conséquences qui découlent de l'opinion

de M. Broca sont très graves, car on a cité des cas de choléra foudroyant; mais on sait qu'il n'a pas été toujours possible de prouver la vérité de ce diagnostic, et les erreurs à cet égard, sont bien plus nombreuses qu'on ne pense.

M. Barth est de l'avis de M. Lebert. Sans aucun doute, dit-il, si le malade qui est mort à l'Hôtel-Dieu eût succombé dans le fort de l'épidémie, on l'eût considéré comme foudroyé par le choléra. Si je m'en rapportais à l'impression que produit sur moi l'odeur des pièces anatomiques, elle me rappèlerait bien plutôt celle de la fièvre typhoïde que celle du choléra. L'état du tube digestif me donne l'idée d'une fièvre typhoïde au troisième jour. Le sang des individus qui succombent à cette affection a beaucoup d'analogie avec le sang qu'a vu M. Broca. Il est des cas de fièvre typhoïde dans lesquels les individus sont à peine malades. Ils succombent subitement, et l'on trouve des ulcérations de nature typhoïde. Ne pourrait-il pas se faire que le malade de M. Leudet eût uriné avant de mourir? On peut admettre ici une syncope de laquelle le malade ne se sera pas relevé.

M. Broca demande s'il est une autre affection que celle du choléra qui rende mieux compte de la mort. Il n'ignore pas qu'il y ait des circonstances exceptionnelles de mort dans la fièvre typhoïde comme dans le choléra. Dans le cas particulier, les pièces anatomiques sont-elles capables de déterminer la maladie qui a pu exister? Il est à craindre, après la discussion qui vient d'avoir lieu, que nous nous séparions sans être plus éclairés qu'auparavant.

M. Marmy a trouvé, une fois, dans l'intestin d'un capitaine, mort subitement dans la convalescence d'une chute de cheval, les matières qu'a décrites M. Leudet, et les mêmes lésions anatomiques qu'il a sous les yeux. Il a observé des faits semblables chez des individus morts des blessures de juin.

M. Caudmont a été appelé récemment à faire l'autopsie d'un individu qui était mort en peu de temps. On trouva des caillots dans l'artère pulmonaire, et on leur attribua l'accident funeste. L'intestin ne fut point examiné. Peut-être il aurait présenté des lésions qui auraient fait songer à une autre cause que celle des caillots sanguins? Le cadavre avait été injecté par le procédé de M. Suchet. M. Du-

rand-Fardel ne pense pas que l'état de l'intestin, auquel il est fait allusion, puisse rendre compte de la mort. Cet état peut se rencontrer avec un état de santé parfaite.

5. — M. Barth raconte l'histoire d'une femme âgée, dont le ventre, très développé, renfermait des tumeurs de densité et de forme très différentes. On sentait de la fluctuation sur quelques points, mais non sur d'autres. La malade fit une chute sur la tumeur qui devint douloureuse, des phénomènes fébriles se déclarèrent, et la mort arriva.

A l'autopsie, on trouva quelques parties de la tumeur très dures et très denses, et d'autres parties molles et remplies de sérosité plus ou moins foncée. Ailleurs, il y avait une quantité énorme de cholestérins. Il existait de la matière crétacée sur les points de la tumeur qui formaient une espèce de voûte. On ne trouvait pas l'utérus d'abord, mais on ne tarda pas à s'apercevoir que c'était dans les parois de cet organe, en avant, en arrière, et sur les côtés, que la tumeur avait pris naissance : elle se développait en même temps que l'utérus prenait du développement.

M. Barth pense qu'il s'agit ici de corps fibreux de l'utérus dégénérés, et de kystes multiloculaires de l'ovaire à parois plus ou moins épaisses.

M. Deville se demande s'il y a véritablement coïncidence de corps fibreux de l'utérus, et de kystes de l'ovaire ? Il croit plutôt à l'existence de kystes multiloculaires des deux ovaires réunis sur la ligne médiane, avec dépôt de produits crétacés. Il n'y a pas ici ces éléments fibreux contournés qui constituent les corps fibreux eux-mêmes.

6. M. Broca fait voir deux pieds bots varus, qui sont probablement congéniaux. Ils sont égaux dans leur développement, et ils ne rentrent pas dans la théorie de M. Guérin.

Le poids du corps était supporté par l'astragale, le cuboïde et le dernier métatarsien.

Dans l'une des jambes, le mollet est fortement relevé et très court ; la saillie de ce mollet est formée presque exclusivement par le muscle jumeau interne ; le muscle jumeau externe est très court ; tous les

autres muscles de la jambe sont atrophiés ; le pédieux est aplati ; on ne trouve aucun tendon appartenant aux muscles sensés capables d'avoir pu produire la déviation.

Dans la deuxième jambe, le muscle jambier antérieur est bien conservé, non fibreux, comme on l'a avancé ; il se recourbe au devant de la malléole interne pour aller à son insertion ; son tendon est plutôt allongé que raccourci ; l'extenseur propre du gros orteil et l'extenseur commun ne présentent rien de particulier ; les muscles péroniers sont quelque peu tirillés : il existe une petite couche graisseuse entre ces deux muscles.

En arrière, les muscles jumeaux interne et externe sont à peu près conservés dans leur état normal ; ils sont un peu plus bas que ceux du membre correspondant ; le soléaire a été détaché : c'est le seul muscle qui soit altéré.

Les muscles profonds sont bien conservés ; le jambier postérieur, le fléchisseur propre du gros orteil, ont conservé leur structure normale.

M. Broca montre à l'appui des opinions qu'il défend, le pied d'un petit enfant qui présente une déviation qu'on peut considérer comme un varus commençant. La malléole externe fait saillie ; tous les muscles de la jambe sont parfaitement sains ; on ne voit nulle part les dégénération fibreuses dont parle M. Guérin.

M. Deville fait observer que la rétraction seule du muscle jumeau interne peut produire le varus. Il peut être amené également par la rétraction des muscles de l'aponévrose plantaire et des muscles de la plante des pieds. Il n'en résulte pas pour cela, que toujours on doive considérer le pied bot comme la conséquence d'une rétraction musculaire. Il y a des pieds bots qui sont la suite de la mauvaise position du fœtus dans le sein de sa mère, comme l'a fort bien dit M. Cruveilhier. Donc, bien que différentes causes puissent rendre compte de la formation des pieds bots, il ne faut pas moins faire une sérieuse attention à l'aponévrose plantaire et aux muscles de la plante du pied. M. Deville considère, dans le cas particulier, le pied bot présenté par M. Broca, comme rentrant dans la classe de ceux qui sont toujours produits par la rétraction de l'aponévrose plantaire.

M. Broca convient que cette rétraction existe en effet, mais il ajoute que M. Guérin a coupé le jambier antérieur dans des cas de pieds bots varus. Les pieds bots varus équinus qu'il a vus dessinés ressemblent à celui qu'il tient dans la main. Du reste, les muscles placés sous l'aponévrose plantaire sont sains. L'aponévrose jambière est deux fois plus volumineuse que d'habitude.

Un muscle peut être rétracté, dit alors M. Deville, sans être graisseux ni fibreux. Dans le fait de M. Broca, les muscles placés sous l'aponévrose plantaire doivent être plus courts qu'à l'état normal. Qu'est-ce qui a pu produire cette lésion ? M. Guérin dit que dans un très grand nombre de cas, ces difformités sont dues à des rétractions musculaires, mais que dans d'autres cas les pieds sont déformés par d'autres causes. Dans cette dernière hypothèse, les muscles se rétractent.

M. Broca répond qu'il a lu tous les travaux de M. Guérin, tant ceux qu'ils a présentés à l'académie que ceux qu'il a publiés dans la *Gazette Médicale*. Il les a trouvés fort séduisants, mais il a rencontré des exceptions à ce qu'il a annoncé, savoir : que les muscles qui peuvent produire la lésion devaient être fibreux. Ce sont ces exceptions que M. Broca a voulu mettre sous les yeux des membres de la société, en attendant qu'il pût leur présenter d'autres pièces anatomiques confirmatives ou non des opinions soutenues par M. Guérin.

7. M. Macquet dit, à propos des anciennes présentations faites par M. Broca, qu'il a vu dans les salles de M. Bouillaud, un malade âgé de trente-cinq ans, ayant eu la syphilis, paralysé de quelques muscles. Ce malade était venu avec une paralysie du membre inférieur droit. Cette paralysie portait sur le muscle triceps et les muscles extenseurs du pied ; le triceps, le jambier interne, l'extenseur des orteils ne se contractaient pas. Le malade marchait sur les orteils ; il y avait un commencement de pied bot équin. Dans le principe il y avait eu une attaque analogue à celle de l'épilepsie, et quelques jours après il existait une déformation du côté gauche. Le malade marchait sur le côté externe paralysé des muscles péroniers latéraux. Cet exemple vient à l'appui des idées de M. Broca,

puisque la déformation du pied est amenée par une paralysie musculaire.

— A propos du procès verbal, M. Broca lit successivement deux passages du *Mémoire* de M. J. Guérin, et il en déduit cette conséquence que M. Guérin est aussi exclusif qu'il l'a prétendu dans la dernière séance.

M. Deville répond à M. Broca que quelques auteurs exagèrent parfois certaines vérités pour les faire admettre. C'est, sans doute, là ce qu'a fait M. Guérin : cet auteur a décrit les phénomènes qui se passent après la rétraction. Les muscles, dit-il deviennent fibreux, et les muscles fibreux deviennent graisseux. Encore une fois, dit en terminant M. Deville, M. Guérin accepte que la difformité arrive par d'autres causes que la rétraction.

M. Broca ne veut pas prolonger davantage la discussion. Il n'a voulu faire ressortir qu'une chose par ses présentations successives : la généralisation trop grande de M. Guérin.

8. — M. Deville montre un enchondrôme trouvé sur le cadavre d'un jeune homme pubère, bien développé, assez grand, un peu lymphatique. Cette affection occupait la partie inférieure de la colonne vertébrale. Après avoir divisé ces pièces osseuses, on vit qu'une tumeur s'était emparée de la première pièce du sacrum, et qu'une autre allait de la troisième pièce au coccyx. La plus grande de ces tumeurs se confondait avec le périoste du sacrum dans une étendue de quatre ou cinq centimètres. Elle avait usé l'os dans plusieurs points, mais sans l'altérer.

La coloration de ces tumeurs est verdâtre, légèrement transparente. Elles présentent à l'intérieur des filaments fibreux ; elles se sont donc confondues avec le grand surtout ligamenteux antérieur. Le microscope a fait découvrir une consistance égale presque partout. Sur un point cependant elles étaient un peu ramollies. Le tissu est uniforme, homogène. Il existe dans leur intérieur des cellules en nombre considérable, rondes, d'une transparence absolue. Le contenu de ces cellules est également transparent et homogène comme la masse. Le raclage fait enlever un suc dans lequel se trouve un grand nombre de ces cellules. Les moyennes ont deux et trois centièmes de millimètres. Il y en a qui ont six centièmes de milli-

mêmes. Elles sont sans noyau de forme primitive. D'autres cellules sont si petites qu'elles finissent par disparaître. Quelques-unes d'entre elles sont déformées.

Ces tumeurs ressemblent, à l'œil nu, à des tumeurs d'une autre nature, mais elles en diffèrent au microscope. Aux caractères physiques le suc ressemblait au suc cancéreux.

M. Deville a examiné plusieurs espèces de cartilages avec beaucoup de soin, comparativement à la tumeur qu'il montre, et il assure qu'elle ne ressemble point à ces cartilages. Les cellules de ces derniers sont irrégulières, celles de sa tumeur sont sphéroïdes.

M. Barth, rappelle à l'occasion de la présentation de M. Deville, qu'il a trouvé entre deux lobes du poumon une tumeur ayant l'aspect du tissu cartilagineux. Il y avait là des filaments entre-croisés et pas du tout de cellules régulières.

M. Broca ne doute pas de la nature fibreuse de la tumeur à laquelle M. Barth fait allusion. Quant à celle que vient de faire voir M. Deville, il n'est pas bien convaincu que ce soit un enchondrôme. Jamais l'enchondrôme, dit-il, ne donne un suc au grattage. Le tissu cartilagineux anormal peut se développer jusque dans l'intérieur des testicules.

En conséquence, M. Broca serait porté à voir, dans la pièce de M. Deville, une tumeur cancéreuse.

M. Deville fait une autre présentation. Un homme avait reçu une blessure entre la quatrième et la cinquième côtes gauches. Cette blessure était pénétrante et embrassait toute l'étendue comprise entre les deux côtes. L'instrument tranchant avait pénétré dans le lobe inférieur du poumon dans la profondeur de deux ou trois centimètres et près des cartilages des côtes.

On a trouvé dans la partie déclive de la cavité pleurale en arrière un énorme caillot de sang qui commençait à l'ouverture de la plaie. Toutes les bronches étaient obstruées par des mucosités sanguinolentes, tous les gros vaisseaux, artères et veines, étaient remplis de sang coagulé. A quelle cause faut-il rapporter cette coagulation dans les deux ordres de vaisseaux principaux ? Il n'y a nulle part de trace d'inflammation.

M. Barth s'informe de la direction de la plaie? On lui répond qu'elle était directe, d'avant en arrière.

La pression exercée par le caillot, continue M. Barth, n'a-t-elle pas agi sur la plèvre? Les épanchements sanguins ne se comportent-ils pas comme les épanchements séreux? Souvent il y a séparation entre la sérosité et le caillot. La sérosité ne tarde pas à disparaître; mais le caillot met bien du temps à se résorber. M. Corvisart a publié une observation de laquelle il résulte que la matité a disparu dans la moitié supérieure de sa hauteur, assez promptement, tandis que l'autre moitié a persisté.

10. Enfin M. Deville montre un épanchement circonscrit au sommet de la plèvre, le tissu pulmonaire environnant est induré.

M. Barth fait observer que les épanchements circonscrits se remarquent ordinairement sur des malades qui ont eu déjà une pleurite qui s'est terminée par des adhérences. On explique ainsi fort bien le siège anormal de l'épanchement.

M. Deville répond à M. Barth que, dans le fait qu'il communique à la Société, la plèvre n'est nullement adhérente, mais qu'elle est libre de toutes parts, hormis sur les limites de l'épanchement.

11. — M. Richard montre un cœur qui est le siège d'une hypertrophie considérable, et dans lequel on avait perçu deux bruits de souffle.

Les valvules auriculo-ventriculaires sont épaisses, indurées, blanchâtres; un bourrelet un peu dur se voit au niveau de l'orifice auriculo-ventriculaire; mais cet orifice est plutôt élargi que rétréci; les valvules de l'orifice aortique sont indurées; cependant l'aorte a conservé l'eau qu'on y a fait tomber: s'il n'y a pas un rétrécissement absolu, il est évident qu'il existe un rétrécissement relatif.

On voit çà et là des traces d'une péricardite ancienne, sans rugosités.

On ne peut donc pas expliquer les bruits de souffle par la péricardite.

Le premier bruit peut être attribué à l'insuffisance auriculo-ventriculaire, et au rétrécissement aortique.

Quant au deuxième bruit, peut-il être rapporté à une insuffisance aortique? Si l'expérience du jet d'eau, faite après la mort, est par-

faitement concluante, on ne peut répondre à cette question affirmativement. Mais ne peut-il pas se passer, après la vie, des phénomènes qui changent dans le cœur les conditions dans lesquelles se trouvait cet organe lorsqu'il était en jeu ?

Discussion. M. Deville est persuadé que ces changements arrivent en effet. Il peut bien se faire, dit-il, que les valvules aient été insuffisantes durant la vie, et qu'elles paraissent suffisantes après la mort, en raison de la contraction qu'auront subie les fibres musculaires du cœur. Il ne faut pas oublier, d'ailleurs, qu'il existe des rétrécissements relatifs ; la pièce anatomique présentée par M. Richard en est une preuve. On oblitère incomplètement la lumière de l'aorte en essayant de rapprocher les uns des autres les bords libres de ses valvules, et cependant, cette artère a son volume normal ; il y a donc insuffisance des valvules aortiques.

M. Mailliot approuve complètement ce que vient de dire M. Deville concernant les rétrécissements relatifs des orifices du cœur. On a trop négligé ce côté de la question dans l'étude des maladies du cœur et des signes qui les traduisent, particulièrement des bruits de souffle. On fait intervenir, dans l'interprétation de quelques bruits anormaux, la composition chimique du sang, et quelquefois des lésions organiques, alors que des rétrécissements relatifs existent seuls. Pour que ces rétrécissements se produisent, il suffit que les cavités du cœur se dilatent plus que ne se dilatent relativement les orifices auriculo-ventriculaires, et surtout artériels. Alors peuvent survenir des bruits anormaux, et surtout des bruits de souffle, doux ordinairement, rudes parfois, et l'intensité de ces bruits est exagérée par la rapidité et la force plus grande des mouvements et des contractions cardiaques.

Pour ces motifs, il n'est pas toujours facile de dire, à un premier examen, si le rétrécissement est relatif ou organique : quelques jours consacrés au repos et à un traitement convenable, suffisent pour mettre sur la voie du diagnostic définitif.

Et ce n'est pas seulement dans les cas de pléthore dite aqueuse, que ces disproportions, entre les orifices et les cavités du cœur, surviennent : on les observe également dans bien des cas de pléthore dite sanguine.

M. Andral a professé long-temps la relation de cause à effet entre

ces rétrécissements relatifs dans la pléthore sanguine (1) et certains bruits de souffle; mais il a renoncé à cette opinion, lorsque, travaillant à son traité d'*hémastologie pathologique*, il s'est pris à douter si les individus dits pléthoriques, avaient plus de sang qu'à l'état normal (1).

12. — M. *Pierre*, candidat au titre de membre adjoint, raconte l'histoire d'un homme âgé de 55 ans, qui a succombé à la suite d'une gangrène spontanée du membre inférieur droit.

Ce malade était entré dans le service de M. Laugier le 25 septembre. Il n'avait jamais été tourmenté que par des douleurs, qu'il appelait rhumatismales.

Le 17 septembre, il fut pris d'une vive douleur dans le membre inférieur droit, douleur excessive siégeant surtout au niveau des articulations du tarse. On crut à une inflammation de ces articulations, et on pratiqua sans succès trois saignées, qui furent couronnées : on fit une application de 80 sangsues sur la jambe et le pied.

Le malade souffrait toujours, et la douleur s'étendait vers le haut. Une semaine plus tard, il présentait au gros orteil une tache gangréneuse : progressivement, la gangrène s'éleva jusqu'à la rotule.

On entendait un bruit de souffle couvrant le premier bruit du cœur : les battements de cet organe étaient normaux.

Le malade mourut après avoir présenté pendant quelques heures les signes d'un ramollissement cérébral du côté droit.

A l'autopsie, on trouva dans l'aorte deux pouces au-dessus de sa bifurcation, dans l'artère iliaque primitive droite, l'artère hypogastrique, l'artère fémorale, la poplitée et toutes ses branches, un caillot dense, très solide, adhérant aux parois des vaisseaux, coloré en

(1) « L'augmentation de quantité du sang dans la pléthore est impossible à démontrer. Comment estimer, en effet, quelle est, en poids ou en volume, la masse de liquide contenue dans les vaisseaux ? Mais si l'on ne peut arriver à cette estimation, et si, par conséquent, nous sommes obligés de reconnaître que nous ne savons pas si les pléthoriques ont, dans leur appareil circulatoire, plus ou moins de sang que d'autres individus, etc. »

(Oper. , cit. , p. 42. Paris, 1843.)

haut, décoloré dans la partie inférieure du membre pelvien ; les veines étaient remplies d'un sang à demi fluide.

Le caillot s'étendait encore dans l'artère iliaque primitive, l'artère hypogastrique et l'iliaque externe du côté gauche. Un peu au-dessus de l'arcade fémorale, l'artère iliaque externe était libre, et au-dessous, parfaitement saine ; les veines étaient saines également.

On trouva aussi dans le ventricule gauche du cœur une aiguille, longue de cinq centimètres environ : la tête de cette aiguille était retenue dans l'épaisseur de la pointe du cœur.

Discussion. M. Broca se demande si un caillot de sang ne se serait pas détaché du cœur pour se porter jusqu'à la bifurcation de l'aorte.

M. Pierre répond que cette réflexion de M. Broca a été faite par lui dans son observation. « Il y a encore, dit-il, dans cette observation, une autre manière d'expliquer l'artérite, c'est que l'aiguille aurait, par sa présence, déterminé la formation de légers caillots de sang comme l'acupuncture le fait dans les anévrysmes, et ces caillots, poussés dans le torrent circulatoire, prenant la route la plus large, celle de l'aorte descendante, auraient été s'arrêter dans les dernières ramifications artérielles du membre droit, où elles auraient déterminé l'artérite oblitérante. »

M. Barth désirerait que l'on examinât comparativement les caillots qui restent autour de l'aiguille et ceux qu'on a rencontrés à la division de l'aorte.

M. Richard prend acte de cette observation pour faire voir les dangers de l'acupuncture du cœur, conseillée par quelques médecins, dans le choléra, par exemple.

M. Broca fait observer que, dans bien des cas, il a rencontré des caillots oblitérant les vaisseaux jusqu'à la première collatérale, mais de cette collatérale partait un filament qui se portait plus haut.

M. Barth se livre à quelques considérations relatives à la manière dont les caillots peuvent disparaître. Ils sont plus ou moins consistants ; mous, ils peuvent disparaître ; s'ils sont denses, au contraire, il faut un autre mécanisme ; s'ils mettent obstacle à la circulation et que celle-ci puisse se faire par les collatérales, les caillots peuvent se

dissoudre ou être absorbés ; progressivement, les contractions du cœur tendent à réduire peu à peu le coagulum ; le cœur bat quelquefois 200 fois par minute ; puis, dans un moment donné, subitement ou bien encore d'une manière successive, l'état du cœur redevient normal et régulier.

15. M. Broca apporte une enfant qui était depuis 8 jours à l'école pratique, et sur laquelle il n'a pu recueillir aucun renseignement. Il a six orteils à chaque pied, six doigts à la main droite et cinq à la main gauche ; les quatrième et cinquième doigts de la main droite, à compter du pouce, sont palmés presque complètement. Voici la description qu'en donne M. Broca :

« On sait que M. Pigné a émis la loi suivante, dans le sein de cette société : tout organe surnuméraire, ne fût-ce qu'un doigt surajouté, est la preuve d'une fusion de deux germes. Je n'ai rien trouvé sur ce sujet, qui vint à l'appui de cette proposition trop générale. Tous les organes céphaliques, thoraciques et abdominaux ont été examinés avec le plus grand soin, et nulle part on n'aperçoit la moindre duplication. La dissection des pieds et de la main, prouve du reste, que, même là, la duplication n'est qu'apparente. »

« Le pied droit et le pied gauche sont entièrement semblables ; il suffira pour les deux d'une seule description. L'orteil qui semble surnuméraire est situé en dedans des autres ; il est formé de deux phalanges, et est construit par conséquent sur le type d'un gros orteil. A côté et en dehors de lui, se trouve un autre orteil qui n'a que deux phalanges, les quatre orteils externes en possèdent chacun trois ; l'anomalie consiste donc dans l'existence de deux gros orteils juxtaposés. Nous les désignerons sous les noms de gros orteil externe et gros orteil interne. »

« Les deux gros orteils viennent aboutir à un métatarsien unique. L'externe est articulé par énarthrose avec l'extrémité antérieure de la tête métatarsienne ; tandis que l'interne est uni à la face interne de cette tête par une espèce d'arthrodie très mobile dans tous les sens. »

« Tel est l'état du squelette ; passons aux parties molles. Il existe rigoureusement sur ce pied le même nombre de muscles, d'artères et de nerfs qu'à l'état normal, rien de plus, rien de moins. Chacun des quatre derniers orteils reçoit ce qui lui revient. Quant aux éléments

qui appartiennent ordinairement au gros orteil, ils sont simplement partagés entre les deux orteils internes. »

« Un gros orteil normal possède sept muscles : nous les retrouvons ici. Deux sont internes : l'adducteur et le court fléchisseur ; nous les voyons s'insérer sur le gros orteil interne. Trois sont médians par rapport à l'axe du doigt : l'extenseur propre, le premier faisceau du pédieux et le fléchisseur propre. Il peut, sur notre sujet, se rendre au gros orteil externe ; il en est de même des deux muscles externes, l'abducteur oblique et l'abducteur transverse.

« Un gros orteil normal reçoit trois artères collatérales ; ces artères existent ici avec leur origine normale : la collatérale interne se rend au gros orteil interne, tandis que la collatérale externe dorsale, et la collatérale externe plantaire, se distribuent au gros orteil externe.

« Enfin, le gros orteil, à l'état normal, est muni de cinq nerfs collatéraux ; dont deux sont internes ; ce sont l'interne dorsal et l'interne plantaire ; les trois autres sont externes ; ce sont : l'externe dorsal et superficiel, qui est très petit ; l'externe dorsal et profond, et enfin, l'externe plantaire. Sur ces cinq nerfs, nous n'avons pu en retrouver que quatre ; le dorsal externe et superficiel, à cause, sans doute, de sa ténuité, a échappé à notre dissection. Des quatre nerfs collatéraux que nous avons suivis, les deux internes se rendent au gros orteil interne, et les deux externes se perdent dans le gros orteil externe.

« Par conséquent, tous les éléments qui aboutissent, à l'état normal, au côté interne du gros orteil, sont ici dévolus au gros orteil interne ; et tous ceux qui sont ordinairement destinés au côté externe et à la partie médiane du gros orteil, appartiennent, sur ce sujet, au gros orteil externe.

« En réalité, donc, la duplication n'existe point ; le squelette du gros orteil est purement et simplement scindé en deux. Si on se figure par la pensée, un gros orteil divisé longitudinalement par un trait de scie, qui laisserait, d'un côté le tiers interne, de l'autre côté les deux tiers externes de cet orteil, on aura une idée fort exacte de cette première anomalie ; et si, réciproquement, on suppose les deux orteils internes de notre sujet rapprochés indéfiniment jusqu'à ce que

leurs squelettes se rencontrent par leurs parties homologues et se confondent en un seul, le pied redevient parfaitement normal.

« Quoique un peu moins simple, l'anomalie de la main droite est cependant de la même nature que la précédente.

« Cette main possède six doigts. Avant toute dissection, deux d'entre eux, le quatrième et le cinquième, à partir du pouce, semblaient aboutir au quatrième métacarpien. Un peu moins gros et un peu plus mobile que ses voisins, le quatrième doigt paraissait être surnuméraire. L'examen anatomique a permis de revenir sur ces apparences.

« Et d'abord, les trois premiers doigts, à partir du pouce et le sixième, ou mieux le dernier, se sont trouvés, sous tous les rapports, à l'état normal. C'est sur le quatrième et le cinquième doigt que l'anomalie porte exclusivement. Ces deux doigts ont chacun trois phalanges. Pour leur donner, dès maintenant, le nom qui leur convient, et dont nous démontrerons plus tard l'exactitude, nous désignerons le quatrième sous le nom d'annulaire externe, et le cinquième sous le nom d'annulaire interne.

« L'annulaire interne a à peu près le même volume que les autres doigts ; il se joint par énarthrose avec la tête d'un métacarpien aussi gros, aussi long que les autres, articulé comme eux avec les os du carpe. L'annulaire externe est moins gros, mais aussi long que le précédent. Il aboutit à un petit os, long de 4 centimètre et large de 5 millimètres, qui représente son métacarpien. Ce métacarpien rudimentaire est situé sur le côté externe et postérieur du métacarpien de l'annulaire interne, auquel il est uni par du tissu fibreux. Il se termine en pointe supérieurement, à un centimètre au-dessus de la ligne métacarpophalangienne, et n'a aucune connexion ni osseuse ni fibreuse avec les os du carpe. La petitesse de ce métacarpien, et sa situation sur un plan postérieur, ne permettent pas de l'apercevoir lorsqu'on regarde la main par sa face palmaire : on ne l'a découvert qu'en disséquant la face dorsale.

Voici maintenant quel est l'état des parties molles. Ici encore, en fait de muscles, d'artères et de nerfs, nous trouvons tous les éléments, ni plus ni moins, qui vont habituellement se rendre au doigt annulaire.

« Cinq muscles, à l'état normal, meuvent ce doigt : les deux fléchisseurs et l'extenseur s'insèrent sur la ligne médiane-digitale ; le quatrième interosseux dorsal aboutit au côté interne de la première phalange, et le troisième interosseux palmaire se rend au côté externe de la même phalange. Il existe parfois un sixième muscle ; c'est le troisième lombrical ; mais ce muscle va le plus souvent s'insérer sur le médian : c'est ce qui a lieu, en particulier, sur notre sujet.

« Nous avons aisément retrouvé les cinq muscles ou tendons de l'annulaire, et nous n'en avons pas trouvé d'autres. Les deux interosseux et le tendon extenseur s'insèrent en leur lieu et place sur l'annulaire interne : quant aux deux tendons fléchisseurs, ils présentent une disposition fort remarquable.

« Au niveau ordinaire, le tendon du fléchisseur profond perfore le tendon superficiel et se place au devant de lui ; presque aussitôt, ces deux tendons se bifurquent chacun de leur côté ; les deux bifurcations internes vont au doigt annulaire interne ; les deux externes vont à l'annulaire externe : ces tendons s'insèrent sur les deux annulaires, de la même manière que sur un doigt normal. L'annulaire externe, par conséquent, ne reçoit absolument que des tendons propres à le fléchir ; il n'était cependant pas recourbé vers la paume de la main : cela tient à ce que les doigts sont palmés presque jusqu'au bout.

« La dissection des nerfs et des artères n'a pas été faite d'une manière complète ; les branches collatérales dorsales, en effet, ont été coupées par mégarde, et n'ont pas été retrouvées : nous n'avons pu suivre que les collatérales palmaires.

» Les deux artères collatérales palmaires ont une origine normale ; l'interne aboutit au doigt annulaire interne, et l'externe à l'annulaire externe : ces deux doigts n'ont pas d'autres collatérales palmaires.

» De même l'annulaire interne ne reçoit qu'un seul nerf collatéral palmaire, qui vient du nerf cubital, et l'annulaire externe reçoit le sien du nerf médian. Cette circonstance est importante ; le doigt annulaire normal, en effet, se distingue des autres doigts par une particularité très connue. Placé sur la limite qui sépare la sphère de distribution du nerf cubital de celle du nerf médian, il reçoit des nerfs

collatéraux palmaires de ces deux sources différentes ; l'interne lui vient du nerf cubital, et l'externe est fourni par le médian ; or, en cherchant sur notre pièce, nous trouvons qu'aucun doigt ne se comporte ainsi, et que, sous ce point de vue, les deux doigts que nous avons nommés annulaire externe, et annulaire interne, correspondent chacun à une moitié de l'annulaire type.

» En résumé donc, si, comme tout à l'heure, nous supposons nos deux annulaires rapprochés jusqu'au contact, si nous supposons que leurs squelettes et leurs tendons fléchisseurs se soudent chacun à chacun, nous aurons un doigt qui, par sa situation, ses connexions, ses muscles, ses artères et ses nerfs, sera un annulaire normal. En d'autres termes, ces deux doigts ne sont que les deux parties d'un doigt unique. L'anomalie est constituée par la bifidité de l'annulaire et non point par un doigt surajouté.

« Une objection bien simple se présente au premier abord contre cette manière de voir. Pourquoi le troisième interosseux palmaire, qui se rend ordinairement au côté externe de l'annulaire, ne s'insère-t-il pas sur le doigt annulaire externe ? Le voici : En bas, l'annulaire externe est, en effet, situé en dehors de l'interne ; mais en haut, au niveau de la ligne métacarpophalangienne, il est en même temps placé, comme je l'ai dit tout à l'heure, en arrière de ses voisins. La première phalange de ce doigt n'est donc pas constituée par la moitié externe de l'annulaire normal, mais par sa moitié externe et postérieure ; or, les muscles interosseux palmaires s'insèrent toujours sur la partie latérale et antérieure des premières phalanges.

» Du reste, je suis loin de penser qu'un doigt, primitivement simple, ait été divisé plus tard. Ce que j'ai dit plus haut, à l'occasion des orteils, n'était qu'une image destinée à mettre leur disposition en évidence ; je dis seulement que, chez cet enfant, la formation des parties molles a été normale ; mais que les éléments du squelette de certains doigts, au lieu de se développer par des points médians, se sont formés par des points latéraux, qui ne se sont point réunis. Pour M. Serres, qui admet la dualité primitive de tous les organes, ce serait là un arrêt de développement. Plusieurs détails de cette observation sont en opposition avec cette théorie. Peu importe de savoir comment le fait s'est produit : l'essentiel était de le constater. »

M. X, médecin américain, présent à la séance, raconte que sa grand-mère maternelle portait un doigt surnuméraire sur une des mains; il a souvent examiné ce doigt, qui n'a, s'il s'en souvient bien, qu'une seule phalange; ses mouvements volontaires sont fort restreints, mais il est très mobile dans toutes les directions; la main ne présente que cinq os métacarpiens. Le mari de cette dame ne présentait aucune déviation de l'état normal. Ils ont eu six enfants, quatre filles et deux garçons; un de ces derniers avait un petit orteil surnuméraire; à l'âge de 18 ou 19 ans, le trouvant un peu gênant, il le fit enlever. Quelques années après, il se maria, eut cinq ou six enfants, dont deux seulement, un garçon et une fille, présentèrent à leur naissance six orteils à chaque pied. On amputa de très bonne heure les orteils surnuméraires, et les enfants guérirent bien. Ni ma mère ni mon père, continue M. X, ne portaient aucune trace de l'anomalie en question, et cependant, les deux aînés de leur quatre enfants, mon frère et moi, nous avons six orteils à chaque pied, et à chaque main un doigt surnuméraire situé au bord cubital; sur la main droite de mon frère, le doigt susdit (qu'il garde encore) a au moins deux phalanges, deux tendons particuliers, fléchisseur et extenseur, les mouvements correspondants et une force très considérable. Je crois, sans pouvoir l'affirmer, que les mouvements d'adduction et d'abduction existent aussi. Le doigt surnuméraire de la main gauche, qu'il a fait enlever à l'âge de 12 ans, n'avait, si ma mémoire ne me fait défaut, qu'une seule phalange; ses mouvements volontaires étaient fort limités, mais, comme celui de ma grand-mère, il était très-mobile dans tous les sens; les mains ne présentent que le nombre ordinaire des os métacarpiens: quant aux orteils surnuméraires, mes souvenirs ne sont pas assez exacts pour que je puisse en parler avec certitude; je sais, cependant, qu'ils sont petits et qu'ils ne le gênent point.

Quant à moi, j'avais sept jours lorsqu'on a amputé mes doigts surnuméraires. A 14 ans, me trouvant fort incommodé par l'orteil surnuméraire du pied droit, qui était très large, et faisait à sa base une saillie considérable, je l'ai fait amputer; celui que je garde encore est situé sur le côté externe de mon pied gauche; il a deux phalanges, et, quoiqu'il soit très mobile, n'a qu'un seul mouvement volontaire, celui d'ab-

duction ; je n'ai aussi que le nombre ordinaire des os métacarpiens et métatarsiens.

Je connais encore une famille du même village que le mien qui offre, de temps en temps, un exemple de l'anomalie dont je viens de parler mais je ne puis donner de renseignements sur cette famille.

44. M. *Broca* fait voir un pied bot, appartenant à un enfant âgé de quatre ans environ. La difformité est la même aux deux pieds et au même degré ; tous les muscles de la jambe et de la plante du pied sont à l'état normal : c'est un pied bot varus porté assez loin ; le talon est un peu relevé, il est devenu légèrement équin ; la station avait lieu sur la face dorsale du pied, sur le cuboïde et sur la face dorsale du cinquième métatarsien. L'aponévrose de la jambe est mince ; le jambier antérieur est plus court ; ce muscle, loin d'être tendu dans la station, était relâché : toutefois, sa section paraît indiquée dès qu'on redresse le pied. Ce muscle est, du reste, parfaitement sain ; il ne présente nulle transformation graisseuse, ni même fibreuse ; les autres muscles de la partie antérieure de la jambe sont sains ; le muscle du tendon d'Achille plus développé que d'habitude, n'est point altéré ; les fibres du soléaire sont moins colorées qu'à l'état normal ; les fléchisseurs sont normaux ; les muscles de la plante du pied sont plus courts que cela ne devrait être, mais ce ne sont pas eux qui sont la cause de la rétraction.

M. Deville fait observer que la pièce anatomique de M. *Broca* diffère de celle qu'il a montrée dans la dernière séance. Celle-ci présentait une rétraction de l'aponévrose et des muscles plantaires. Dans la pièce actuelle, il n'y a qu'un renversement du pied suivant son axe longitudinal : c'est un véritable varus. Les muscles jambiers postérieur, antérieur et interne, et le soléaire en partie, peuvent produire le varus. La plus légère rétraction suffit pour satisfaire M. Deville.

M. *Broca* reconnaît que, dans la pièce qu'il a présentée dans la dernière séance, l'extrémité des orteils était plus rapprochée du calcaneum, mais que l'état des os du tarse était le même que dans la nouvelle pièce anatomique. Enfin, dit M. *Broca*, dans le pied bot qu'il n'a pas disséqué, on ne sent pas la corde du muscle jambier antérieur.

15. — *M. Broca* montre une troisième et dernière pièce : c'est la moitié de la tête d'une femme âgée sur laquelle on remarque un ulcère qui s'étendait de l'orbite à la région massétérine. L'aspect de la tumeur était semblable à celui du chou-fleur ; elle consistait dans une réunion de petites saillies, molles, friables, donnant du suc. Le microscope y a fait découvrir des cellules cancéreuses bien manifestes, sans élément épithélial. Sur la coupe, le cancer s'étend jusqu'au sinus frontal d'un côté, et plus loin encore de l'autre côté. La maladie a détruit les os jusqu'à la peau ; elle a attaqué toutes les parties molles voisines de l'orbite ; les os du crâne sont si fragiles qu'ils se sont fracturés en plusieurs endroits pendant qu'on les sciait. *M. Broca* n'y a point trouvé d'élément cancéreux.

L'affection a-t-elle commencé par le système osseux ? *M. Broca* croirait à un cancer des os du crâne plutôt qu'à un fungus de la dure-mère : les fungus que le présentateur a eu l'occasion de voir étaient fibro-plastiques.

Du reste, le cerveau est sain, la dure-mère est saine également, la pie-mère est légèrement rouge.

Il n'est pas rare, dit *M. Lebert*, de trouver des tumeurs fibro-plastiques dans les méninges. Il en a vu une à la Salpêtrière sur une femme, large de un centimètre sur cinq à six centimètres de longueur qui adhérait à la dure-mère, et comprimait le cerveau sans avoir produit des accidents. Les tumeurs dont a parlé *M. Broca* ont leur siège de prédilection à la base de la tête : ces tumeurs doivent être distinguées du cancer de la dure-mère.

M. Deville fait observer que la tumeur à laquelle *M. Lebert* fait allusion était de nature cancéreuse, sans infection générale.

16. — *M. Deville* met sous les yeux des membres de la Société le crâne d'un enfant âgé de 12 ans environ, sur lequel il n'a pu se procurer de renseignements. Au moment où il se préparait à enlever la voûte de ce crâne, il a remarqué une dépression extrêmement étendue où il ne sentait pas les os. Il existe, en effet, une solution de continuité complète de la voûte du crâne (1 décimètre de long sur 4 centimètres de large) ; cette solution de continuité porte sur le pariétal et le frontal : à ce niveau, le cuir chevelu et la peau sont sains et ne présentent pas la plus légère trace d'une cicatrice ancienne

ou nouvelle. L'aponévrose épicroânienne et le péricrâne adhèrent à cette surface; le cerveau lui-même adhère dans tout le pourtour de la solution de continuité; il s'écoule de la sérosité lorsqu'on veut détacher la substance cérébrale; il existe dans cette substance une cavité qui renferme de la sérosité pure et limitée par le cerveau, mais nullement par un kyste; tout autour de cette sérosité, la substance nerveuse est saine; c'est tout au plus si la sérosité en est séparée par une lame celluleuse du cerveau: c'est donc là une hydrocéphale circonscrite.

Du côté diamétralement opposé se voit un ramollissement cérébral; les méninges voisines sont infiltrées d'un sang violacé; on trouve dans les veines des caillots qui se continuent depuis la partie ramollie jusqu'aux sinus; ces caillots ne sont pas adhérents; la partie ramollie est piquetée.

La lésion du crâne doit être très ancienne et congéniale, probablement. Intérieurement, la dure-mère semble s'arrêter au niveau de la solution de continuité; elle paraît être presque complètement interrompue, et elle se continue au niveau de la solution de continuité des os par des filaments isolés.

Il est probable que l'enfant a été traité par des préparations mercurielles, car on trouve dans la bouche des ulcérations produites par le mercure.

Discussion. M. Durand-Fardel pense qu'il s'agit ici d'une lésion traumatique. A-t-elle eu lieu durant la vie intra-utérine? C'est possible. Quant à l'hydrocéphale, il n'en existe pas, car l'épanchement de sérosité qu'a montré M. Deville ne ressemble point à ces épanchemens de sérosité existant dans l'intérieur du cerveau ou dans des cavités normales situées en dehors du cerveau: ce sont ces épanchemens auxquels on réserve le nom d'hydrocéphale.

M. Deville ne saurait accepter l'opinion relative à une violence extérieure qu'à la condition qu'elle aurait eu lieu dans le sein de la mère. Il est difficile de croire que la portion des os qui manque ait été résorbée après avoir été écrasée. Pour ce qui regarde les espèces d'hydrocéphale dont vient de parler M. Durand-Fardel, elles ne peuvent pas faire qu'on ne doive donner le nom d'hydrocéphale à un dépôt quelconque de sérosité dans l'intérieur du cerveau.

M. Barth demande si la cavité qui renferme le liquide épanché communique avec les ventricules. M. Deville répond par la négative.

M. Barth soutient alors, avec M. Durand-Fardel, que l'expression d'hydrocéphale ne convient point. Il rappelle, à cette occasion, les variétés d'hydrocéphale dont il a entretenu la Société (Bul. de janvier, p. 10). Il peut se faire que du sang ait été résorbé, et qu'il ait été remplacé par de la sérosité. Il peut se faire encore que la membrane fine qu'a aperçue M. Deville soit un kyste. M. Barth dit, à l'appui de cette opinion, que, dix ans déjà passés, il a trouvé, à la suite d'une lésion cérébrale, une collection de liquide transparent dans une cavité dont les parois étaient formées par le cerveau. Cette sérosité était entourée par une membrane aussi fine que celle des ventricules.

M. Deville maintient son expression d'hydrocéphale, mais il n'en reconnaît pas moins que le plus grand nombre des hydrocéphales sont ventriculaires.

M. Barth ne voudrait pas que cette expression fût détournée de son acception primitive.

M. Broca cherche à s'expliquer l'absence des os, en disant qu'un kyste, très développé dès le principe, aurait pu, par une compression permanente, empêcher l'ossification de se faire.

Quelle relation peut-il exister entre l'absence de quelques portions osseuses du crâne et le ramollissement existant du côté opposé ? Ce ramollissement paraît être consécutif de beaucoup à la lésion crânienne.

M. Deville demande, alors, sur quoi aurait reposé le kyste ? Est-ce que les os n'auraient pas résisté plutôt que le cerveau ?

M. Broca cite les fongus de la dure-mère, qui finissent par détruire les os.

M. Durand-Fardel se demande s'il n'y aurait pas eu, par hasard, une tentative d'avortement ?

M. Cruveilhier trouve le fait présenté par M. Deville très difficile à expliquer. S'il ne savait pas dans quel état se sont trouvées les parties molles extérieures, il aurait songé à un kyste séreux succédant à une maladie cérébrale. En voyant le crâne seul, il aurait pensé à une

atrophie ; mais cet état pathologique s'observe surtout chez les vieillards.

M. Cruveilhier a vu les os du crâne enfoncés, et faisant saillie à l'intérieur ; dans ces cas, le cerveau présentait une lésion consécutive, dès que le cerveau était adhérent. Dans l'observation de M. Deville, n'y a-t-il pas à croire à une cicatrice ? Ce serait facile à comprendre, si la peau et le cuir chevelu sains n'étaient pas là pour détruire cette manière de voir. Il faut donc admettre, si lésion traumatique il y a eu, qu'elle a été produite avant la naissance.

M. Mailliot approuve l'expression d'hydrocéphale employée par M. Deville ; elle désigne et elle ne doit désigner autre chose qu'un symptôme ; elle est aux maladies du cerveau ce qu'est l'hydropéritonie aux maladies des organes renfermés dans les cavités abdominale et pelvienne ; l'hydrocéphale n'est pas plus la maladie que l'hydropéritonie ; que des épanchements de sérosité existent dans la tête ou dans l'abdomen, ils ne sont que l'expression symptomatique de désordres organiques survenus dans les méninges, dans le cerveau, dans le foie, dans la rate, dans le péritoine, etc. Par conséquent, il reste aux médecins à déterminer les diverses causes de ces épanchements ; mais on ne s'exprime pas moins avec pureté, et d'une manière convenable, quand on se sert du mot hydrocéphale pour exprimer cette idée : qu'il existe dans la cavité crânienne, et dans quelque point que ce soit de cette cavité, une accumulation de sérosité plus grande qu'à l'état normal. Si, au lieu de donner aux maladies des noms en rapport avec l'un de leurs principaux symptômes, on leur avait donné des noms empruntés aux lésions organiques appréciables toutes les fois qu'on aurait pu le faire, la discussion, soulevée aujourd'hui à propos du mot hydrocéphale, n'aurait pas eu lieu.

Dans la séance suivante, M. Deville apporte la tête entière de l'enfant dont il n'avait fait voir que la voûte du crâne et le cerveau. Il établit l'identité de la base du crâne, et il montre, pour dissiper les doutes qui auraient pu s'élever dans l'esprit de quelques-uns de ses collègues, la peau sans cicatrices qui correspondait au défaut des os du crâne. Le présentateur émet ensuite, sur cette altération organique, cette idée, que ce qui explique le mieux cette altération, c'est l'existence ancienne d'un céphalématôme. En effet, l'atrophie des os

affecte de préférence la vieillesse ; s'il avait existé une lésion assez forte pour produire une fracture, la peau porterait des traces de cette lésion, ou bien des esquilles seraient sorties au travers de la plaie : ce n'est certainement pas ici le cas. L'absorption des os, au défaut d'une solution de continuité des parties molles, devrait-elle être admise ? Ce fait aurait, au moins, quelque chose d'extraordinaire. Est-il possible de s'arrêter à l'idée d'une tumeur ? Celle qui aurait empêché les os de se développer aurait atrophié le cerveau. — Il faut donc supposer qu'il y a eu là un céphalœmatôme ; la solution de continuité des os occupe la place ordinaire à cet état pathologique. Le céphalœmatôme, venant à la suite d'une violence mécanique, a pour caractère l'atrophie de l'os au-dessous de lui, ou, si l'on aime mieux, le défaut de développement de l'os : c'est le céphalœmatôme qui aurait amené la production du kyste.

Cette opinion, dit M. Deville en terminant, n'est pas absolument démontrée ; mais elle supporterait mieux la discussion que toutes celles qui ont été émises dans la dernière séance.

17.—M. Lebert fait voir la portion de l'épine dorsale d'un enfant atteint d'une carie vertébrale, sans la moindre trace de dépôt de matière tuberculeuse. Il existe un épaissement très considérable du périoste et du tissu cellulaire enveloppant les vertèbres malades. Dans l'intérieur : membrane pyogénique produite par la destruction partielle d'une vertèbre et la destruction presque entière d'une autre vertèbre ; moelle épinière violacée, injectée, consistante, non altérée.

M. Lebert remarque, à propos de cette présentation, que, dans ces derniers temps, les uns ont admis trop fréquemment des tubercules des os, tandis que les autres en ont presque complètement nié l'existence. M. Lebert a trouvé des tubercules dans un quart environ des caries vertébrales. L'affection tuberculeuse est extrêmement bien caractérisée ; on voit çà et là des tubercules disséminés, crus, sanieux. Ailleurs, existe une infiltration diffuse ; quelques tubercules crus occupent la surface des méninges. Lorsque la matière est à demi liquide, elle est plus difficile à diagnostiquer. Il y a donc quelques cas douteux, et il faut savoir le reconnaître.

M. Deville ne pense pas que la pièce présentée par M. Lebert soit un exemple d'ostéite : il croit plutôt à une arthrite. Les bourgeons

charnus usent les os en les comprimant et les font disparaître.

M. Lebert aurait de la peine à admettre une perte de substance aussi considérable que celle qu'il a montrée, sans ostéite.

18.—M. *Letixerant* fait voir un testicule dégénéré en tissu encéphaloïde, ramolli sur certains points et dur sur d'autres.

M. Deville fait observer que la tunique albuginée est très distendue, et que, néanmoins, elle a conservé son épaisseur normale.

19. — M. *Letixerant* fait voir encore une tumeur qu'il a trouvée chez un homme dans l'intérieur du péritoine. Elle était libre ; aucune enveloppe ne la recouvrait ; elle était de nature fibreuse, et présentait un noyau très dur à son intérieur.

M. Cruveilhier trouve de la ressemblance entre cette tumeur et celles qu'on rencontre quelquefois dans la tunique vaginale.

20 et 21. — M. *Barth* raconte l'histoire d'une femme, âgée de 70 ans, qui était entrée à l'infirmerie de la Salpêtrière le 5 novembre 1849. Elle était soumise, depuis plusieurs années, à une toux opiniâtre, qui augmentait tous les hivers sans cesser jamais, même l'été : cette toux était accompagnée d'un peu de dyspnée.

En entrant à l'infirmerie, la malade déclara que sa toux était plus fréquente depuis quelques jours, et accompagnée d'une expectoration plus abondante ; l'appétit avait diminué ; il y avait de la faiblesse et une courbature générale ; le faciès était normal, la chaleur était naturelle ; le pouls battait de 76 à 80 ; les crachats étaient un peu visqueux, blancs, spumeux ; la fosse sous-épineuse gauche était, relativement aux autres régions de la poitrine, obscure ; la respiration était faible et sèche partout ; on entendait çà et là quelques bulles de râle muqueux, et quelques bruits sibilants.

En même temps que la malade se trouvait dans cet état, la paupière supérieure gauche était abaissée ; il y avait strabisme de l'œil en dehors et un peu en haut : on pouvait penser à une lésion qui agissait sur le nerf moteur oculaire commun.

Au bout de quelques jours d'un traitement approprié à la maladie du poulmon, sans beaucoup de succès, le pouls s'accéléra, la chaleur augmenta, et la malade tomba dans une somnolence presque continue. Bien plus, le poulmon droit se prit à sa base, le murmure vésiculaire s'affaiblit sans qu'il survint des râles, et la mort arriva le 21.

novembre, à la suite de quelques symptômes de méningite subaigüe.

A l'autopsie, on trouva à la surface du poumon des saillies nombreuses qui simulaient des tubercules ; ce poumon s'enfonçait dans l'eau par son propre poids ; venait-on à le diviser, on voyait suindre des petites collections purulentes ; voulait-on remonter à la source de ces collections de pus, on la trouvait dans les bronches dilatées, qu'on pouvait suivre avec des ciseaux mousses à la pointe, jusqu'à la périphérie du poumon ; s'agissait-il du véritable pus ou seulement de mucus puriforme, M. Barth croit plutôt à du mucus ; la dilatation des bronches ne le surprend pas, dès qu'elle est si commune chez les vieillards.

Quelle était la cause de l'abaissement de la paupière et du strabisme ?

Sur la base du cerveau, du côté gauche, existait une tumeur noirâtre du volume d'une aveline, située en arrière de la portion postérieure de la commissure du nerf optique gauche ; elle déprimait le nerf moteur oculaire commun, qui disparaissait à sa surface pour n'être retrouvé qu'en avant et en arrière ; les branches nerveuses étaient moins volumineuses que celles du côté opposé ; la tumeur était formée par un anévrisme de l'artère carotide interne, au moment où cette artère fournit la communicante postérieure. — Il y avait, par suite de la compression déterminée par cet anévrisme, paralysie du muscle petit oblique, et des muscles droits interne et inférieur ; la pupille de l'œil malade ne se contractait pas, quelle que fût, d'ailleurs, l'intensité de la lumière.

M. Deville fait observer, à propos de cette présentation, que les paralysies dues à la compression sont de toutes les plus communes ; mais il y a aussi des paralysies dues à des coups portés sur l'œil.

A la séance suivante, M. Potain présente la pièce anatomique disséquée avec soin, montrant les rapports de l'anévrisme avec les nerfs de l'œil.

M. Deville ne pense pas que l'œil ait pu se porter en haut ; il peut le paraître, parce que la paupière est abaissée, et qu'on ne la relève pas autant que l'autre. Dans le fait avancé par MM. Barth et Potain, il doit y avoir eu une illusion d'optique. Lorsqu'une observation pa-

raille se présentera, il conviendra d'examiner très attentivement la position de l'œil, qui ne saurait être tourné en haut.

M. Lendet ne croit pas que la pièce qu'il a sous les yeux soit autrement constituée que par une dilatation des trois tuniques artérielles.

Y a-t-il ici, dit M. Barth, simple dilatation ou anévrisme sacciforme avec rupture des membranes interne et moyenne ? C'est probable.

M. Macquet rappelle le fait d'un abcès circonscrit, existant au niveau du passage du nerf moteur oculaire commun : il y avait strabisme externe et chute de la paupière supérieure. Il avait noté, dans son observation, une déviation de l'œil en haut, mais cela lui paraissait si étrange, qu'il se proposait de vérifier, plus tard, chez d'autres malades, jusqu'à quel point il n'aurait pas été trompé par les apparences.

Le grand oblique, dit M. Deville, porte le devant de l'œil en bas, en dehors et en arrière.

M. Broca a vu, dans le service de M. Blandin, une malade qui avait une paralysie de la paupière supérieure : la cornée était tournée en bas.

M. Deville a fait la même observation chez M. Michon.

22.—M. Barth fait voir une vésicule qui dépassait le rebord des côtes, et qui présente, à l'endroit où elle devait subir la pression du corset, un véritable étranglement. M. Barth conclut de ce fait, comme aussi de ceux qu'il a communiqués, dans le temps, à la Société, relativement au foie et à l'estomac, que l'abus du corset est une mauvaise chose.

M. Deville approuve l'usage des corsets au point de vue hygiénique. Si la femme, dit-il, n'est point faite pour le corset, le corset est bien fait pour la femme ; non-seulement il lui donne des grâces, mais encore, quand il est bien conçu, il lui soutient les seins, et, pour ce motif, il joint l'utilité à l'élégance.

23.—M. Follin fait voir un anévrisme disséquant de l'aorte, trouvé sur une femme âgée d'une cinquantaine d'années, sur laquelle il ne possède aucun renseignement. Toute la tunique externe était disséquée, mais la tumeur faisait saillie particulièrement sur un point ; la tunique interne et la tunique moyenne étaient déchirées

au-dessous de la courbure de l'aorte ; le péricarde était distendu par une assez grande quantité de sang.

24.—M. Barth apporte les poumons d'une femme âgée de 76 ans, entrée à l'infirmerie de la Salpêtrière le 2 novembre, morte le 24 et ouverte le 25. Elle toussait depuis bien des années ; elle faisait remonter cette toux à l'invasion des alliés, en 1814 ; depuis, la toux avait été plus ou moins forte, mais jamais elle n'avait été complètement interrompue ; elle était plus forte en hiver qu'en été. A l'entrée de la malade à l'infirmerie, on trouva beaucoup de sonorité dans toutes les parties inférieures de la poitrine, et un son obscur dans les régions supérieures ; on entendait des râles muqueux en arrière et en avant ; ils étaient alternativement plus abondants à droite et à gauche ; les bulles étaient assez grosses supérieurement ; inférieurement, on en trouvait de moyennes et de diverses grosseurs ; il n'y eut point de fièvre dans les premiers jours, mais elle ne tarda point à se montrer ; avec elle survint de l'acablement, puis la perte de l'embonpoint ; enfin, il se déclara une méningite subaiguë qui fut suivie de la mort.

Diagnostic. — On n'avait pas pu douter de l'existence d'un catarrhe pulmonaire, car la malade rendait des mucosités verdâtres, opaques, semi-puriformes ; mais, comme des râles à grosses bulles s'entendaient sous les clavicules, on se demandait s'il fallait les attribuer à l'existence de tubercules, d'autant mieux qu'ils coexistaient avec de l'amaigrissement ; toutefois, l'idée des tubercules était éloignée par l'ancienneté de la bronchite, à moins qu'on n'admît qu'ils étaient demeurés stationnaires, et qu'ils venaient de reprendre leur marche. Il était impossible de se prononcer, à cet égard, d'une manière absolue ; toutefois, on s'arrêtait plus volontiers à une dilatation des bronches compliquée de bronchite chronique et d'une induration pulmonaire.

A l'autopsie, on trouva les parties inférieures des deux poumons souples et emphysemateuses : elles étaient molles, élastiques, et ne s'affaissaient point. — Les deux tiers supérieurs étaient denses, compacts, quelque peu froncés au sommet et adhérents ; dans les lobes supérieurs des poumons se voyaient des cavités tapissées de membranes fines, rougeâtres, qu'on était tenté de prendre,

d'abord, pour des cavités ulcéreuses ; mais , en examinant de plus près, on distinguait à l'intérieur de ces cavités les éperons bronchiques. De plus, les radicules des bronches se terminaient en ampoule au sommet des poumons ; çà et là, on trouvait d'autres cavités dont il était facile de découvrir la communication avec les bronches ; ces cavités étaient plus prononcées à gauche qu'à droite, et leur nombre était très considérable ; entre elles se voyait le tissu pulmonaire, résistant à la pression, et ne présentant pas de traces de ramollissement comme dans l'inflammation ; enfin , on trouvait dans les deux poumons des granulations grises, demi-transparentes, tantôt disséminées, tantôt en nombre.

Des phlébolites existaient dans les ligaments larges de l'utérus.

Après cette communication, M. Durand-Fardel fait remarquer que l'on rencontre ordinairement ensemble la bronchite chronique, la dilatation des bronches et l'induration pulmonaire.

M. Barth ajoute qu'il a omis de signaler l'hypertrophie de la membrane muqueuse des bronches, qui est bien, dans les points dilatés, le double de ce qu'elle est à l'état normal. La cause de cette hypertrophie et de la dilatation des bronches doit être attribuée à la sécrétion bronchique et à l'accumulation de l'air en arrière des mucosités ; les bronches dilatées compriment, à leur tour, les poumons de dedans en dehors ; elles tendent tous les jours à combler le vide que laissent, dans la pneumonie, les vésicules qui ne reviennent pas à leurs dimensions ordinaires.

A l'occasion de l'observation précédente, M. Barth rappelle le fait d'un enfant âgé de 12 ans à peine, chez lequel l'existence du râle muqueux au sommet des poumons aurait pu faire croire à des tubercules pulmonaires, si un examen approfondi n'était pas venu démontrer qu'il ne s'agissait que de simples dilatations bronchiques.

Ces faits, dit M. Cruveilhier, réclament une grande attention. Il avait un de ses malades qui présentait au sommet des poumons, depuis nombre d'années, de gros râles humides. Il confia ce malade à un de ses confrères, qui, ne s'informant pas des antécédents, porta un pronostic si grave qu'il alarma toute la famille. Du reste, ajoute M. Cruveilhier, il existe chez les vieillards des tubercules de guérison, qu'il appelle séniles ; ces tubercules gris-noirs, entourés d'un tissu

très sain, sont, dans quelques cas, crétaçés, tantôt miliaires, tantôt disséminés par petites masses.

M. Mercier a observé très souvent, à Bicêtre, ces indurations noires auxquelles M. Cruveilhier fait allusion; mais l'impression qui lui en est restée, c'est que ces masses noires étaient le résultat d'une inflammation qui s'était développée autour d'une caverne pulmonaire. L'état de ces poumons lui a rappelé l'opinion de M. Serres, pour qui des hémoptysies peu fréquentes et peu abondantes sont plutôt un bon signe qu'un mauvais signe.

M. Deville préférerait avoir des indurations autour des cavernes que des hémoptysies.

M. Mailliot considère, en général, les hémoptysies comme fâcheuses et comme, surtout, de très mauvais augure, quelle qu'en soit la cause; lorsqu'elles viennent du poumon; elles sont à redouter; elles peuvent précéder l'époque où l'on reconnaîtra à coup sûr l'existence des tubercules: elles sont donc à redouter sous ce rapport, et ne dussent-elles pas être suivies de tubercules, elles ne donneraient pas moins à les craindre. Il peut être heureux de voir s'établir une induration autour des tubercules, parce que cette induration peut être due à l'engorgement des vaisseaux sanguins; mais on ne saurait dire que les hémorrhagies pulmonaires fussent favorables, quelque peu abondantes, et quelque éloignées que fussent ces hémorrhagies. M. Serres serait plus dans le vrai s'il avait dit que les hémorrhagies pulmonaires, en dégorgeant les vaisseaux voisins des tubercules, ralentissent la marche de ces tubercules.

25. *M. Battemberg* met sous les yeux de la société des cancers multiples, qu'il accompagne de la description suivante:

« La nommée Roulhiac (Marguerite), frangeuse, âgée de 37 ans, entra le 20 septembre 1848, dans le service de M. Valleix, à l'hôpital Sainte-Marguerite.

Depuis environ trois mois elle voyait sa santé décliner insensiblement et progressivement: ses forces ont diminué, le moindre exercice la fatigue, elle ressent des douleurs vagues à la poitrine et à l'épigastre; l'appétit s'est perdu peu à peu, les digestions sont devenues pénibles et ont quelquefois été suivies de vomissements.

A l'examen de la malade, la première chose qui nous frappe,

c'est un gonflement diffus d'une coloration livide au côté gauche du cou, immédiatement au-dessus de la clavicle. Nous examinons: La tumeur est peu douloureuse à la pression, très-peu saillante, comme étendue en nappe, dure adhérente à la peau, immobile. En avant et à sa base, elle plonge sous le sterno-cléido-mastôïdien, et se perd en arrière sous le trapèze; en haut, elle se rétrécit et se termine au niveau de la partie moyenne du cartilage thyroïde; en bas, elle semble plonger derrière la clavicule et s'enfoncer dans la cavité thoracique.

La poitrine n'est cependant pas plus saillante du côté gauche que du côté droit. L'auscultation et la percussion ne nous révèlent aucune lésion, ni du côté du cœur, ni du côté des poumons.

Dans le ventre souple, aplati, et indolent, nous découvrons une seconde tumeur, ayant la forme et la situation du pancréas. Elle est dure et douloureuse seulement lorsqu'on exerce une pression plus forte que n'en comportent les manœuvres d'une palpation ordinaire.

À gauche de cette tumeur on en sent une autre arrondie, régulière, qu'on suit facilement sous l'hypochondre gauche. Celle-ci appartient évidemment à la rate.

La malade n'avait aucunement conscience des tumeurs de l'abdomen: quant à celle du cou, elle avait bien senti depuis quelques semaines, une dureté insolite dans cette région et de la gêne dans les mouvements; mais il lui était impossible de dire au juste quand avait commencé le gonflement.

Du 20 septembre au 27 novembre, temps pendant lequel cette femme est restée dans nos salles, voici la marche de la maladie et les symptômes qui se sont présentés:

La tumeur sus-claviculaire grossissait insensiblement, des bosselles se prononcèrent dans sa partie inférieure; plusieurs fois des infiltrations ont apparu et disparu au bout de quelques jours dans le tissu cellulaire sous-cutané de la partie gauche de la poitrine. Un symptôme qui nous a frappé dès les premiers jours, c'est l'extrême mobilité de la clavicule gauche: son extrémité sternale paraissait saillante, à moitié luxée; on la faisait basculer par la moindre pression sur le trajet de l'os. De plus, pendant ces ma-

manœuvres on apercevait une légère crépitation que nous croyions être due au frottement des surfaces articulaires érodées.

Vers le milieu du mois d'octobre, la malade nous montra un jour dans son crachoir, près d'un verre d'un liquide noirâtre diffluent, d'une coloration assez semblable à celle de la gelée de groseille mélangée avec de la mélasse.

Ce symptôme ne se reproduisit pas. Mais il lui succéda des vomissements fréquents de matières alimentaires à moitié digérées, et qui continuèrent avec une opiniâtreté croissante jusqu'à la mort de la malade.

Le 3 novembre, le bras gauche fut pris d'une tuméfaction générale, douloureuse, conservant l'impression du doigt avec coloration rose pâle, et chaleur de la peau. Cet œdème céda au bout de trois jours à l'élevation du membre placé sur un coussin et enveloppé de cataplasmes laudanisés.

Les douleurs que la malade ressentait dès son entrée, dans le dos et la poitrine, devinrent de plus en plus vives. Dans les dix derniers jours de l'existence, elles allaient jusqu'à arracher à cette femme des cris déchirants.

Elles partaient des deux côtés de la colonne dorsale, et s'irradiaient jusque vers la partie moyenne des espaces intercostaux inférieurs, mais surtout dans les lombes et à la partie latérale et supérieure de l'abdomen. On essaya en vain de les endormir avec l'opium à haute dose, les liniments laudanisés, les vésicatoires volants, pansés avec l'hydrochlorate de morphine. Les applications de compresses, imbibées de chloroforme, produisirent seules quelque soulagement.

La malade mourut, enfin, le 27 novembre, je dirais presque de douleur, et avec la teinte jaunâtre caractéristique de la cachexie cancéreuse.

La respiration, dans les deux derniers jours, était anxieuse, fréquente, mais tout examen stéthoscopique était alors impossible. Antérieurement, il avait été fait à plusieurs reprises, et nous avons toujours trouvé la sonorité du thorax et le murmure respiratoire à l'état normal.

Autopsie. — Tumeur du cou. — Au dessus de la clavicule, elle avait les limites que j'ai indiquées plus haut, et que nous avons reconnues sur le vivant. Supérieurement, elle adhère, par sa partie superficielle, au périoste de la clavicule, derrière laquelle elle s'enfoncé par ses couches profondes pour gagner le sommet de l'aisselle. La figure générale représente deux triangles adossés à une base commune, qui serait les deux tiers moyens de la clavicule. En isolant la tumeur de toutes parts, on voit qu'elle se continue partout par gradations insensibles de consistance avec le tissu cellulaire sain. Le pédicule vasculaire de l'aisselle la traverse ; la veine et l'artère axillaires ne présentent aucune trace d'inflammation ni d'oblitération : il en est de même pour les veines du bras jusqu'au coude.

La veine jugulaire interne, l'artère carotide et le nerf pneumogastrique sont libres dans leur gaine, qui longe le bord antérieur de la tumeur sus-claviculaire.

Celle-ci a un centimètre d'épaisseur environ ; à la coupe, elle offre un tissu blanc lardacé homogène, mais ne présentant pas la texture fibreuse propre au squirrhe ; on ne peut en exprimer aucun liquide ; quelques-uns des ganglions du cou et de l'aisselle, indurés et augmentés de volume, adhèrent à la face profonde de la tumeur.

La clavicule est brisée près de son extrémité externe ; dans l'étendue d'un centimètre et demi, la continuité de l'os n'est plus établie que par le périoste ; celui-ci forme, en cet endroit, les parois d'une cavité remplie d'esquilles et d'un suc rougeâtre. Dans le reste de l'os, le tissu spongieux est raréfié, rouge-brun, et s'écrase sous le doigt.

Les ligaments de l'articulation sterno-claviculaire sont ramollis, distendus, par l'extrémité interne de la clavicule, qui est gonflée et ne correspond plus que par un point très circonscrit à la surface articulaire du sternum : les cartilages d'incrustation et le fibro-cartilage inter-articulaire sont intacts.

Thorax. — Ni épanchement ni adhérences entre les plèvres costales et pulmonaires.

La plèvre pulmonaire est lisse, transparente, et laisse apercevoir à sa face profonde tout le réseau lymphatique superficiel des deux poumons du sommet à la base, injecté d'un liquide jaunâtre un peu

rosé. La disposition noueuse, en chapelet, des vaisseaux lymphatiques est visible à l'œil nu sur la pièce ainsi injectée; la matière noire pulmonaire, très abondante, est appliquée, en stries ou par petites plaques, d'un reflet presque métallique à la surface de ces réseaux.

Dans le lobe inférieur du poumon gauche, nous trouvons un noyau induré, du volume d'un œuf de poule, pénétré d'une matière sanieuse noirâtre : dans tout le reste de leur tissu, les poumons sont sains et crépitants.

Les quatrième, sixième, septième, huitième et neuvième côtes gauches sont brisées près de leur articulation avec les cartilages. Ces fractures spontanées présentent les mêmes caractères que ceux que nous avons indiqués pour la clavicule : des fractures semblables se rencontrent sur la troisième, la septième, et la huitième côtes droites.

A une coupe médiane verticale de la colonne vertébrale, nous avons trouvé des cavités pouvant contenir une noisette, et pleines d'un liquide rougeâtre, sanieux, dans les trois dernières vertèbres cervicales, la première et la huitième dorsales : toutes les autres vertèbres offrent le ramollissement, la raréfaction du tissu osseux et la coloration rouge-brun dont j'ai déjà parlé, à l'occasion de la clavicule.

Dans les cavités thoraciques, et tout près de l'articulation costo-vertébrale, plusieurs abcès par congestion du volume d'un œuf de poule.

Le septième et le huitième nerfs intercostaux baignent dans une de ces tumeurs ; le névrilème est rouge, injecté, un peu épaissi : du reste, le nerf ne m'a pas paru offrir d'autre modification.

Abdomen. — Estomac dilaté. — L'orifice pylorique est presque complètement obstrué; toute la région pylorique de l'estomac et l'origine du duodénum sont épaissies, friables, indurées, et présentent à leur surface péritonéale un aspect terne blanc-grisâtre. La coupe de la tumeur permet de reconnaître encore toutes les tuniques de l'estomac : la péritonéale opaque, épaisse, cassante; le tissu cellulaire sous-péritonéal d'un aspect gélatineux et entrecoupé de stries blanchâtres ; la tunique musculaire bleuâtre, épaisse de 4 à 5 lignes : la muqueuse ramollie, amincie, jaunâtre, comme infiltrée d'un liquide purulent.

Hypertrophie considérable de la rate et du pancréas. La texture

glandulaire du pancréas est facilement reconnaissable à l'œil nu, et, du reste, établie par l'examen microscopique.

Le foie est gras, volumineux, et s'avance jusque dans l'hypochondre gauche.

Dans l'utérus, nous avons trouvé un fœtus de quatre à cinq mois : aucune lésion, du reste, dans les organes génitaux.

L'abdomen du fœtus était distendu par un liquide brun-rougeâtre, grumelleux, que nous nous proposons de soumettre à l'examen microscopique, si, malheureusement, la pièce ne s'était pas perdue.

Le liquide des lymphatiques sous-pleuraux, le suc de la tumeur du poulmon, des abcès par congestion, des côtes, de la clavicule, la tumeur de l'estomac, examinés au microscope par M. Lebert, ont offert des cellules cancéreuses à tous les degrés de développement : quant à la tumeur du cou, elle n'avait que les caractères de l'induration et de l'hypertrophie simples. »

M. Deville trouve cette observation remarquable au point de vue de la multiplicité des cancers, et il rappelle que M. Richer a observé un poulmon cancéreux, dans lequel se voyaient des vaisseaux lymphatiques extrêmement développés.

M. Broca a trouvé souvent de la matière cancéreuse dans les lymphatiques du poulmon, et il a vu en même temps des ganglions bronchiques remplis de cette matière. Sont-ce, dit-il, dans la plèvre que présente M. Battenberg, sont-ce des vaisseaux lymphatiques injectés, ou bien, n'est-ce pas une simple empreinte des vaisseaux lymphatiques sous-pleuraux ? M. Sappey pense, en effet, que ces vaisseaux lymphatiques sont au-dessous de la membrane fine qui constitue la plèvre.

M. Cruveilhier considère ces membranes comme composées de réseaux lymphatiques.

M. Broca dit qu'il a plusieurs fois injecté des vaisseaux sanguins dans l'épaisseur même des séreuses.

M. Deville a vu à l'œil nu ces lymphatiques injectés ; cette injection se fait vite, mais on ne la conserve pas ; on la produit facilement en piquant la plèvre avec un tube très fin ; on introduit ainsi le mercure dans des réseaux lymphatiques très fins, puis le mercure disparaît, parce que ces réseaux communiquent avec ceux du poulmon : c'est à un moment donné que se fait cette communication.

26. M. Rippoll met sous les yeux de la Société un cancer du foie et de la vésicule du fiel compliqué de calculs biliaires.

Ce cancer provient d'une malade qui est morte à l'âge de 74 ans, dans le service de M. Piorry, le 27 novembre. Il y avait au moins un an qu'il était survenu des dérangements dans la santé qui se traduisaient par des constipations fréquentes et des douleurs vers l'hypochondre droit. Le facies présentait une coloration ictérique très prononcée. La palpation et la percussion avaient fait reconnaître dans l'abdomen la présence d'une tumeur. Le foie débordait les fausses côtes d'environ trois travers de doigts ; au dessous du foie existait la tumeur dont il vient d'être parlé : elle occupait la région cœcale, et elle jouissait d'une telle mobilité qu'on la pouvait croire indépendante du foie. Comme elle pouvait être le fait de la présence de matières dans le tube digestif, on purgea la malade, mais il ne survint aucun changement dans la tumeur : on crut à un carcinome du foie et de la vésicule.

A l'autopsie, sauf une légère congestion pulmonaire qui existait en bas et en arrière, tous les organes furent trouvés sains ; le foie seul était cancéreux ; il présentait une multitude de petites tumeurs carcinomateuses disséminées dans son tissu et faisant saillie sur sa face supérieure, sa face inférieure et son bord postérieur. Le volume du foie était considérable ; son tissu propre était envahi en presque totalité par des tumeurs cancéreuses qui n'excédaient pas le volume d'une noix. Les parois de la vésicule du fiel étaient épaissies, décolorées, envahies dans presque toute leur étendue par le carcinome. Le fond de cette vésicule était constitué par un énorme champignon cancéreux qui constituait la tumeur observée pendant la vie. Il n'y avait pas une goutte de bile dans la vésicule ; sa cavité était exactement moulée sur deux calculs, situés vers l'orifice du canal cystique, du volume d'une petite noix. Les ganglions lymphatiques de la scissure étaient envahis par le cancer, et déterminaient la compression et l'occlusion du conduit cystique : ce canal était cependant encore perméable. Un stylet fin pouvait être introduit dans sa cavité ; les autres canaux biliaires, quoique présentant çà et là leurs parois carcinomateuses, étaient également perméables : le canal cholédoque présentait même une dilatation remarquable.

Discussion. — MM. Lebert, Durand-Fardel et Deville, appellent

l'attention de la Société sur la coïncidence du cancer de la vésicule et du cancer du foie avec les calculs biliaires. Sont-ce les calculs, ajoute M. Deville, qui donnent naissance au cancer? ou bien est-ce le cancer qui est la cause des calculs? Cette question est facile à trancher, pour peu qu'on se rappelle le fait établi, dans la Société anatomique, du défaut de persistance des calculs. Le cancer, au contraire, est permanent. Il est des époques de l'année où les calculs sont plus faciles à se former; mais, dans tous les cas, ils se forment vite et disparaissent de même. Le cancer présenté par M. Ripoll a précédé la formation des calculs, et il a été la cause de leur production, en apportant un obstacle à la circulation de la bile.

M. Mailliot partage cette manière de voir de M. Deville; il pense, comme lui, que le cancer, en empêchant la vésicule biliaire de se vider, a forcé les calculs à se produire, et il doit en être de même toutes les fois qu'une cause analogue agit assez long temps. On conçoit cependant, que, dans quelques cas rares, où les malades seraient sous l'influence de ce qu'on appelle une *diathèse cancéreuse*, la présence de calculs biliaires devienne une cause occasionnelle de la localisation dans le foie de la matière cancéreuse.

M. Demarquay revient sur la question posée par M. Deville, et il se demande, comme lui, si les calculs sont la cause ou l'effet du cancer. Les calculs de la vessie, dit-il, produisent bien plutôt l'hypertrophie que le cancer: cette dernière affection est même infiniment rare. Pourquoi se produirait-il autre chose du côté du foie dans les cas de calculs biliaires? L'opinion de M. Deville est donc la plus rationnelle; toutefois, on ne saurait ne point considérer les calculs comme un appel.

M. Broca a eu l'occasion d'observer un calcul unique, ellipsoïde, garnissant toute la cavité de la vésicule: les conduits excréteurs étaient oblitérés.

M. Demarquay demande à M. Deville s'il a vu souvent les calculs biliaires coïncidant avec le cancer. M. Deville répond qu'il a eu l'occasion d'observer trois fois cette coïncidence. M. Lebert n'a point, jusqu'à présent, rencontré d'exception à cette règle.

27. *Ripoll* fait voir une portion de fémur provenant d'un individu qui fut amputé par un chirurgien prussien deux mois après avoir reçu une balle à la bataille de Breslaw:

La peau se termine en cône au niveau du sommet du moignon, et adhère là à un tissu fibreux intermédiaire aux muscles et à l'os.

Les muscles sont grêles et se terminent en fuseau, le long du fémur, dans la peau du moignon, à l'aide du tissu cellulaire fibreux dont il vient d'être parlé.

L'extrémité de l'os est arrondie, hérissée, dans quelques points, de quelques stalactites osseuses. Il est immédiatement adhérent à la peau et aux muscles sans aucune bourse synoviale. Le canal médullaire va jusqu'à l'extrémité, qui se termine par une coque de substance compacte très mince, se continuant sans aucune ligne de démarcation avec la substance compacte du corps de l'os.

L'artère fémorale, à partir de la naissance de la fémorale profonde, est décolorée, très petite, oblitérée par des caillots très consistants, organisés : l'artère profonde est normale.

La veine fémorale est oblitérée çà et là par des caillots qui déterminent une dilatation de la veine à ce niveau.

Le nerf sciatique se termine par un renflement très prononcé : le nerf crural se termine sans renflement notable.

28. M. *Cruveilhier* fait voir la rate d'un enfant qui a un volume de 2 décimètres et demi de long sur un décimètre et demi de large, sans qu'il ait existé de fièvre intermittente ; la surface de cet organe est lisse, sans inégalités ; son tissu est rouge à l'intérieur et parsemé de quelques noyaux apoplectiques noirâtres, assez bien circonscrits. Le malade qui portait cette rate avait passé 16 à 18 mois à l'hôpital ; il a succombé au bout de douze jours, aux suites d'une péritonite suraiguë. M. *Cruveilhier* a rencontré souvent des hypertrophies de la rate sans accompagnement de fièvre intermittente.

29. M. *Broca* fait voir au nom de M. *Demarquay*, un foie qui présente sur sa surface quelque chose d'assez particulier. Est-ce l'état que Bichat a décrit sous le nom d'état granuleux des membranes séreuses ? est-ce une sécrétion pseudo-membraneuse ? M. *Demarquay* voudrait connaître sur ce point la manière de voir de ses collègues.

C'est la première fois, dit M. *Déville*, que ce fait le frappe. La surface de la glande hépatique est rouge, le tissu propre n'est ni épaissi, ni enflammé, la membrane séreuse est complète, elle est recouverte de petits grains de sable porphyrisé, transparents et assez durs pour être sentis sous les doigts ; ce sont peut-être de petits cristaux. On les

fait miroiter à la chandelle, et ils réclament l'examen du microscope.

M. Broca dit, à propos du procès verbal, qu'il n'a pas trouvé de cristaux dans les petits grains du foie qu'il a montré dans la dernière séance. En faisant une dissection attentive, il a trouvé ces petits grains dans l'intérieur de la membrane séreuse.

M. Demarquay n'a rencontré de ces granulations que sur le foie et encore ne les a-t-il vues que sur sa face supérieure et sur son bord tranchant; le filet d'eau ne les entraînait pas.

M. Deville, en prononçant le nom de cristaux, n'a voulu parler que de matière inorganique.

30. M. Broca fait voir une dernière pièce qui provient du service de M. Velpeau. Une femme âgée de 45 ans, portait à la lèvre inférieure un ulcère qui avait marché comme les tumeurs épithéliales. Le mal avait envahi le maxillaire inférieur en partie, le bord de l'os est conservé dans la partie la plus reculée, en arrière et en avant ce bord est détruit. Entre ces deux points détruits, la tumeur est en contact avec le nerf, mais elle n'adhère pas. Il n'y a pas eu de névralgie dentaire particulière. Cette tumeur semble se rapprocher du cancer, mais elle ne lui ressemble cependant pas; elle est formée de stries blanchâtres, parallèles; le microscope y a démontré des cellules d'épithélium, elle est composée de deux substances, l'une grise qui ne donne pas de suc, l'autre blanche qui en donne.

M. Cruveilhier croit qu'il s'agit là d'un cancer.

M. Broca fait remarquer alors que le tissu osseux est érodé, lisse, et que cet état est dû à la compression exercée par la tumeur. Le mal s'arrête avec netteté; les cellules de l'os ne sont point gorgées de tissu encéphaloïde.

M. Blot a reconnu le tissu épithélial en jetant les yeux sur la tumeur.

Dès l'origine, dit M. Broca, on n'aurait point distingué des tumeurs cancéreuses les tumeurs épithéliales. Aujourd'hui on arrive assez facilement à cette distinction à l'œil nu. Le microscope a fait sous ce rapport, comme sous beaucoup d'autres, l'éducation de la vue.

31. M. Blot montre la surface interne de l'utérus d'une femme morte une demi-heure après l'accouchement, l'examen de la pièce doit être fait de deux manières, à l'air libre et sous l'eau. C'est par cette comparaison que l'on peut démontrer avec la plus grande évi-

dence, que la membrane caduque n'est autre que la membrane interne de l'utérus. En effet, si l'on examine à l'air, la surface intérieure de la matrice apportée par M. Blot, on jurerait qu'elle est recouverte d'une membrane lisse et resplendissante; quand on l'examine, au contraire, après l'avoir plongée sous l'eau, la membrane qui paraissait lisse; présente sur toute sa surface, l'aspect de lambeaux plus ou moins longs, que M. Blot considère comme des déchirures de la membrane muqueuse. Cette muqueuse tombe-t-elle toute entière après l'accouchement? Il existe ici une très grande portion de son épaisseur, et on y trouve les éléments de sa réorganisation; on en trouve, du reste, d'autant moins qu'on s'éloigne davantage du moment de l'accouchement; donc la surface interne de l'utérus, après l'accouchement, est recouverte de la membrane muqueuse ou caduque; donc encore après l'accouchement, les fibres musculaires de l'utérus ne sont pas à nu.

M. Deville trouve cette pièce de toute évidence. Les préparations de M. Coste prouvaient que la membrane caduque utérine n'était autre que la membrane interne de l'utérus.

M. Blot n'oserait pas affirmer que l'on pût démontrer sous le placenta la membrane muqueuse.

22 M. Deville fait voir un cœur hypertrophié qu'il a trouvé à Clamart, sur un sujet de 55 à 60 ans, rachitique. On aperçoit quelques dépôts crétacés aux orifices du cœur. Il en existe tellement dans l'oreillette droite, qu'elle forme une espèce de bonnet phrygien. Cette oreillette ne saurait revenir sur elle-même, sa cavité ne peut se rétrécir; les orifices du cœur ne sont pas assez malades pour expliquer cet état si rare de l'oreillette.

M. Cruveilhier dit avoir décrit cette particularité sous le nom d'anévrysme de l'auricule.

55. M. Blot apporte, pour que la société puisse les comparer, deux placenta, provenant l'un d'une femme bien portante, l'autre d'une femme qui avait des accidents secondaires de syphilis. Le microscope a fait voir à la surface utérine de l'utérus provenant de la femme malade une couche opaline recouvrant le placenta et pénétrant dans quelques intervalles de cotylédons.

M. Broca trouve que cette couche gélatineuse et transparente ressemble à quelques produits inflammatoires épanchés.

34. *M. Broca* montre successivement 4 pièces anatomiques dont la première provient d'un sujet qui portait un cancer du pylore; 14 ou 15 noyaux cancéreux existaient dans le foie; il y avait 4 ou 5 ganglions de même nature au-dessus de la clavicule, une incision faite sur la face antérieure du ventricule gauche tombe sur un tissu dur, jaunâtre, non semblable au tissu graisseux, inégal, donnant un peu de suc; l'altération se termine dans le tissu musculaire par une ligne assez nette. On rencontre à la pointe du cœur de petites tumeurs probablement cancéreuse.

M. Blot désire qu'on fasse l'examen microscopique de ces tumeurs du cœur. S'il est positif, cet examen aura de l'avantage; s'il est négatif, on demeurera dans le doute.

35. La deuxième pièce présentée par *M. Broca*, consiste dans une épingle engagée dans l'appendice iléo-cœcale d'un enfant mort avec des tubercules pulmonaires et un énorme abcès du foie. L'épingle a perforé la partie adhérente de l'appendice. Il n'existe point de traces de péritonite. L'enfant n'avait point présenté pendant la vie de signes de cette maladie.

36. Troisième pièce. *M. Broca* a injecté chez une femme, les varices des jambes, et il n'a point vu que les veines profondes fussent dilatées. L'injection n'a point pénétré dans toutes les veines, elle a été faite de haut en bas. Les veines superficielles sont augmentées en longueur, mais non pas en épaisseur. Toutes ces veines sont tortueuses, elles passent au devant de la saphène. Il existe une transformation fibreuse autour de quelques-unes d'entre elles. On a vu souvent des noyaux d'induration persister après qu'on avait vidé les vaisseaux variqueux. Cette transformation peut être due à l'irritation développée par les veines.

37. Quatrième pièce.—Elle provient d'un enfant, qui, sans avoir eu ni douleur ni tumeur, fut retenu deux ou trois mois au lit, à l'hôpital Saint-Antoine, après une chute. On crut à une fracture non réduite du fémur; une tumeur se forma peu à peu et devint fluctuante. Une ponction exploratrice fit écouler cinq à six cuillerées de sérosité sanguinolente. *M. Nelaton* pratiqua la désarticulation de la hanche, et on reconnut une tumeur encéphaloïde du fémur. On trouva la pièce anatomique divisée en deux moitiés par une membrane dirigée obliquement de haut en bas, et de dedans en dehors. A travers cette

membrane, les vaisseaux supérieurs communiquaient avec les vaisseaux inférieurs. M. Broca suppose qu'il y a eu fracture au moment où le cancer existait déjà. Il y a eu division du cancer, puis les deux moitiés se sont confondues. La substance de l'os a disparu dans certains endroits ; les fragments osseux ne sont pas continus ; une couche osseuse entoure le cylindre du fémur.

Des veines ont été trouvées dans cette tumeur.

M. Deville fait remarquer à ce propos, et en cela, il est appuyé par MM. Richard et Broca, que M. Bérard n'a pas écrit formellement qu'il n'y eut pas de veines dans le cancer : il a dit seulement n'avoir pu injecter de veines dans un cancer du cou.

Un médecin étranger, dit M. Lebert, avait écrit qu'il n'y avait, dans ces tumeurs, que des artères

38. M. Richard fait voir, au nom de M. Courtin, un spina-bifida ayant son siège à la région sacrée. L'enfant, qui appartenait au sexe féminin, fut présentée, à l'âge de deux mois, à M. Courtin, ayant une tumeur congéniale occupant le bas de la région sacrée. Cette tumeur, à base large, du volume et de la forme d'une demi-noix, était lisse, translucide et d'un rouge vif ; la partie culminante, légèrement déprimée, offrait une tache blanche en forme de croix, formée par des fibres serrées, vues à travers la peau amincie, et que, pour l'aspect général, on ne saurait mieux comparer qu'à du tissu inodulaire ; elle présentait une fluctuation évidente ; la compression exercée sur sa surface diminuait son volume des trois quarts environ, et alors, le doigt percevait facilement, en explorant l'os sous-jacent, une ouverture arrondie qu'on n'eut pas de peine à reconnaître pour l'orifice inférieur du rachis. La tumeur étant vidée, aux parties solides qui restaient sous les doigts, on aurait cru le sac beaucoup plus épais que sa translucidité ne le faisait présumer. Nul mouvement convulsif ne se manifestait alors, et l'enfant ne pleurait même pas si la pression était graduelle et ménagée ; l'état général était excellent ; les mouvements des membres inférieurs s'exécutaient à merveille.

On eut recours à une compression, faite d'un emplâtre de rondelles d'agaric et d'une bande de flanelle ; mais on dut y renoncer après deux ou trois mois ; on garantit la tumeur contre l'action des corps extérieurs et la pression du lit. Malgré ces moyens, l'enfant,

anguissait tous les jours, elle succomba avant d'avoir atteint le dixième mois. Il n'y avait eu ni convulsions ni paralysie, mais il y avait eu des vomissements continuels, de la diarrhée, des cris incessants.

A l'autopsie, la tumeur avait la grosseur d'une petite pomme ; elle était moins distendue que pendant la vie ; sa paroi, dure, avait partout de 5 à 7 millimètres d'épaisseur ; incisée, elle donna issue à 3 ou 4 onces d'un liquide séro-sanguinolent, troublé par des fausses membranes, un peu de pus et quelques filets de sang. La moelle et ses membranes, découvertes dans l'étendue de quelques pouces, présentaient les signes ordinaires de l'inflammation ; le tronc nerveux avait une disposition particulière ; ce tronc, plus volumineux qu'il ne l'est, en ce point, à l'état normal, au lieu de paraître interrompu au niveau du spina-bifida, et de s'éparpiller sur la paroi du sac, ce tronc, presque entier, sortait de l'orifice coccygien, et, s'infléchissant presque à angle droit, venait s'insérer sur la paroi du sac à son point culminant : là seulement, les fibres nerveuses se réfléchissaient sur la paroi du sac qu'elles tapissaient. C'est cette disposition que M. Courtin trouve exceptionnelle, et qu'il a voulu mettre sous les yeux de la Société anatomique.

59. M. Leudet raconte l'histoire d'un homme qui est tombé sur la paume de la main. L'extrémité inférieure du radius présente des traces évidentes d'une fracture ; tout le carpe paraît avoir disparu, et l'extrémité inférieure touche l'extrémité supérieure des os métacarpiens. Le volume de la tête du cubitus paraît augmentée ; on ne sent point distinctement son cartilage triangulaire ; l'apophyse styloïde existe encore.

M. Broca aperçoit par transparence un bord plus opaque ; qui pourrait appartenir au cartilage triangulaire. Il pense que les deux os de l'avant-bras se sont accompagnés ici dans leur déplacement. Il admet une luxation inférieure, qui n'a pu se produire qu'après la fracture, et probablement au moment de l'accident. Les notions anatomiques démontrent l'impossibilité d'une luxation sans fracture. Dans une chute sur la paume de la main, continue M. Broca, il arrive un moment où le mouvement d'extension de l'avant-bras sur la main s'arrête : on trouve la première rangée du carpe dirigée en haut, et la surface supérieure du radius dirigée en bas. Si la violence con-

tinue, la face inférieure du radius reçoit le poids du corps. La luxation ne peut être le résultat de l'exagération d'un mouvement; il y a de plus en plus rapprochement des articulations. Il en arrive de même dans les chutes sur le dos de la main; les conditions du rapprochement des articles n'existent plus après la fracture.

Cette pièce démontre, suivant M. Demarquay, la possibilité de la luxation de l'avant-bras sur la partie postérieure de la main. Cette luxation a-t-elle été primitive ou consécutive? M. Demarquay l'ignore, mais elle n'en est pas moins un exemple d'une luxation complète en arrière; dans tous les cas, il comprendrait l'issue du fragment en dehors, mais non le résultat de la luxation après la fracture.

On n'admet presque plus, dit M. Mercier, de luxation du poignet sur l'avant-bras; ces luxations n'en existent pas moins, pour être très rares; on en a présenté deux exemples à la Société anatomique: sur l'une, il y avait fracture, et sur l'autre un peu d'éraillement des surfaces articulaires. Ce qu'il importe de connaître dans cette question, c'est le résultat pratique. Doit-il y avoir toujours fracture du radius? Il existait dans le fait qui nous est soumis. On a objecté qu'on ne pouvait pas produire ces luxations sur le cadavre, mais la fracture du péroné est certainement difficile sur le cadavre; et cependant, M. Maisonneuve a prouvé qu'une simple torsion du pied sur la jambe pouvait faire produire facilement la fracture du péroné.

Dupuytren a nié la luxation sans fracture, dit M. Denucé; celle dont a parlé M. Marjolin était due à une cause directe; la main avait été prise par une roue de charrette.

Pour M. Lunier la luxation peut se faire indirectement. Il suppose un plan incliné de 45° . Si l'on se laisse tomber, la main étant appliquée sur ce plan incliné, la partie inférieure du radius tombe sur un plan oblique, et la luxation peut se produire. On a cité deux cas de luxation avec fracture du rebord articulaire.

40. M. Broca a trouvé, à l'école pratique, la tête d'un enfant âgé de 7 à 8 ans qui présente, sur le pariétal gauche, trois perforations assez larges, à peu près circulaires, mais légèrement irrégulières; elles permettent d'arriver sur la face externe de la dure-mère; il y a aussi une érosion plus superficielle sur le frontal: ces ouvertures ne sont pas taillées à pic comme par un emporte-pièce; elles

sont plus larges en dehors qu'en dedans; les ventricules du cerveau contenaient beaucoup de sérosité; au niveau du quatrième ventricule existait une tumeur qui a laissé écouler une matière muco-purulente. Était-elle tuberculeuse? On n'a point trouvé de tubercules dans les poumons.

M. Leudet croit qu'il faut attribuer les perforations du crâne à une syphilis héréditaire. M. Richard pencherait plutôt en faveur du cancer. M. Mercier ne serait pas surpris qu'elles eussent été consécutives à des gourmes, qui auraient produit 1° des destructions du périoste; 2° des ulcérations de l'os; 3° l'abrasion de la table externe.

Tous les jours, dit M. Cruveilhier, on voit des ulcérations syphilitiques perforer le crâne; ces perforations peuvent survenir à la suite d'ulcères strumeux, cancéreux, tuberculeux. Parmi les causes perforantes se trouvent encore le fungus, l'inflammation chronique, etc.

M. Denucé, qui a observé le petit malade de son vivant, déclare que les tumeurs étaient ulcérées, qu'on sentait la substance osseuse, et qu'on voyait les mouvements du cerveau.

41. M. Broca fait voir encore deux os; l'un est un humérus et l'autre un tibia.

Celui-ci présente un séquestre invaginé; la partie centrale de l'os est détruite, et le séquestre est environné par de nouvelles pièces osseuses. On a dit que la nature faisait des efforts pour se débarrasser des séquestres: ce n'est pas ici le cas, puisque c'est le contraire qu'on observe.

La nécrose de l'humérus n'est pas encore complète; elle n'est point séparée des parties saines.

42. On s'est beaucoup occupé, dit M. Demarquay, des hernies qui se produisent à travers le ligament de Gimbernât. M. Cruveilhier en a rapporté des observations. Un sujet portait une tumeur à la partie interne de la région inguinale; cette tumeur n'avait point de péritoine à l'extérieur: elle ne passait pas par le canal crural. M. Demarquay disséqua avec beaucoup de soin le ligament de Gimbernât, et il vit que c'était à travers une petite éraillure de ce ligament qu'une hernie graisseuse s'était produite; le grand épiploon n'y participait pas; la tumeur se continuait par un petit pédicule avec le tissu cellulo-graisseux, qui se continuait en dehors du péritoine. Il n'y avait pas eu le moindre sac herniaire produit. Suivant M. Houel, M. Bernutz aurait cité des observations analogues.

SÉANCE SOLENNELLE,

tenue le 18 février 1850 à la Faculté de Médecine.

M. le professeur CRUVEILLIER, président perpétuel ouvre la séance par l'allocution suivante :

Messieurs,

Nous célébrons aujourd'hui le 24^e anniversaire de la fondation de la nouvelle société anatomique, et je suis heureux de dire que l'esprit qui a présidé à son institution s'est maintenu intact au milieu de vous; que je retrouve parmi les membres actuels de la société la même ardeur, la même sévérité pour l'observation, la même réserve dans l'interprétation des faits et dans les déductions, et par conséquent les mêmes garanties de succès et d'avenir que chez leurs aînés dans la carrière. J'ose leur prédire ces succès et cet avenir, s'ils persévèrent dans la voie lente et laborieuse, mais toujours sûre de l'observation : car il est moralement impossible, (et je me complais à répéter cette vérité) qu'un médecin instruit, consciencieux, esclave du devoir dans toute la rigueur de l'acception de ce mot, ne réussisse pas, soit dans l'enseignement, soit dans la pratique, à moins qu'il ne mette lui-même obstacle à son succès.

Ainsi composée d'hommes jeunes, ardents au travail, arrivés à cette époque de la vie scientifique où on ne jure plus tout-à-fait sur la parole du maître, imbus de cette

pensée que je ne saurais trop graver dans vos esprits, qu'il n'est pas dans les sciences d'observation un seul point qui ne puisse encore être l'objet de quelque découverte, tant le livre de la nature est inépuisable; ainsi composée, notre société restera fidèle au but de son institution, qui est de fournir à la science des matériaux nombreux, positifs, des *faits vrais* (qu'on me pardonne cette expression) qui puissent être acceptés de tous avec confiance, parce qu'ils présentent toutes les garanties de l'authenticité, garantie de la part de l'observateur, garantie de la part de la société par le contrôle qu'ils subissent dans une discussion approfondie, garantie par l'élaboration définitive qu'ils subissent de la part du comité de publication, choisi par vous parmi les plus dignes.

Je parle de faits vrais, et j'ose à peine le dire, rien de plus rare, mais aussi rien de plus utile qu'un *bon fait*, rien de plus commun, mais aussi rien de plus nuisible qu'un *mauvais fait*. Un bon fait, c'est toute une théorie, toute une doctrine, et, qu'il me soit permis de le dire, je ne connais pas de plus grand paradoxe scientifique, que cette parole d'un grand écrivain : *l'exception confirme la règle*. Mais dans la science d'observation, l'exception ne confirme pas la règle; un fait exceptionnel, s'il est bien constaté, tue la règle, ou plutôt si les faits avec lesquels il est en opposition sont irréprochables, il établit une autre règle; il appartient à d'autres lois.

Or les faits médicaux se composant de deux ordres de faits, de faits cliniques et de faits d'anatomie pathologique, la société s'occupe parallèlement des uns et des autres, de manière à les éclairer mutuellement. Et, je vous le demande, les faits innombrables d'anatomie pathologique qui passent sous nos yeux n'établissent-ils pas de la manière la plus évidente, que les lésions morbides ne sont pas les résultats du désordre, mais qu'elles obéissent dans leur pro-

duction à des lois tout aussi positives, tout aussi immuables que les lois physiologiques; qu'il existe en anatomie pathologique, des espèces tout aussi constantes, tout aussi susceptibles de classification que les espèces végétales et animales; que les espèces anatomiques morbides ne se transforment pas plus les unes dans les autres que les espèces végétales et animales; que les caractères de race ou d'espèce pathologique, sont tout aussi inaliénables que les caractères de race ou d'espèce physiologique.

Transportons, Messieurs, ces idées en clinique, nous trouverons des *formes cliniques*, des *éléments ou espèces cliniques*, en rapport avec les éléments ou espèces morbides anatomiques.

Sans doute la loi d'harmonie, d'unité, qui préside à l'organisation, fait de toute maladie un être complexe, dans lequel il est bien difficile de déterminer le point de départ, de démêler les phénomènes sympathiques des phénomènes idiopathiques. Mais une fois bien posée, la *caractéristique clinique* de chaque état morbide, nous arriverons à la détermination des espèces cliniques, aussi bien que des espèces anatomiques morbides.

C'est à la société anatomique qu'il appartient surtout de concourir à cette détermination; elle atteindra ce but en établissant un certain nombre de *faits types*, de *faits principes* qui présentent, exemptes de toute complication, les lésions d'organes en rapport avec les lésions de fonctions, de telle façon que la caractéristique clinique de telle ou telle lésion d'organe, puisse toujours être reconnue au milieu de l'association des éléments morbides.

C'est là, Messieurs, un beau programme de travail, qui s'il est rempli d'une manière convenable, est destiné à asseoir la médecine clinique, au moins sous le point de vue du diagnostic, sur des bases inébranlables.

Ainsi conçue, la doctrine des éléments morbides de

l'école de Montpellier ou plutôt la doctrine de Barthez, qui donnait autrefois, et qui donne encore bien certainement aujourd'hui, un si grand intérêt aux leçons cliniques de cette illustre et antique faculté, prenant pour point d'appui, non des abstractions ingénieuses, mais les espèces anatomiques morbides, aura conquis ses droits de naturalisation dans la science.

Permettez-moi, en terminant, de remercier et de féliciter les membres de la société, de l'assiduité avec laquelle ils ont pris part à nos séances pendant l'année qui vient de s'écouler ; de remercier le bureau du zèle qu'il a montré dans l'accomplissement de ses devoirs ; car, vous le savez, la prospérité comme la décadence des sociétés savantes tient en grande partie à la composition de leur bureau, d'où la sévérité avec laquelle vous procédez chaque année à son renouvellement.

Je n'oublierai pas non plus dans cette juste distribution d'éloges, notre comité de publication, qui a parfaitement compris que, si la vie intérieure de la société dépendait de ses bureaux, sa vie extérieure était en partie subordonnée au choix des matériaux qui composent ses bulletins et à l'exactitude de leur publication.

Enfin, Messieurs, permettez-moi de donner une larme à la mémoire de nombreux membres de la société que la mort impitoyable a frappés pendant le cours de cette année. Que de victimes, et quelles victimes ! Blandin, Husson, Boudet, Stuart Cooper !

COMPTE-RENDU

DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE POUR L'ANNÉE 1850;

Par le docteur L. MAILLIOT, secrétaire.

MESSIEURS ,

S'il est, dans les Sociétés savantes, une place qui impose de grands devoirs, c'est assurément celle de secrétaire.

A combien d'exactitude, à combien d'impartialité n'est-il pas tenu dans ses rédactions !

Trop heureux s'il lui suffisait toujours de sa bonne volonté et de sa conscience pour ne pas faire regretter à ses collègues de lui avoir donné leur confiance !

J'ai fait mon possible, Messieurs, pour ne pas être trop au-dessous de la position que vous m'avez faite, et pour être, en toutes circonstances, l'interprète fidèle des opinions que vous avez émises.

Vous jugerez si mes efforts ont répondu à votre attente.

Si cela n'était pas, je serais seul coupable des inexactitudes que j'aurais pu commettre, car vous avez constamment exprimé vos idées avec une clarté si grande, avec un ordre si parfait, que vous avez rendu ma tâche très facile.

Mais il me reste un dernier devoir à remplir, il me reste à vous rendre compte de tous vos travaux de l'année. Je vais donc les dérouler encore une fois à vos yeux.

Puisse l'exposition que je vais en faire ne pas vous paraître trop aride ! Puisse-t-elle démontrer, à ceux qui ne font point partie de votre Société, que vous continuez la tradition des saines doctrines en établissant la science,

non plus comme on le faisait autrefois, sur des raisonnements, mais sur des faits solides.

- En effet, vous n'accueillez pas légèrement les observations qui vous sont soumises, mais vous les discutez avec beaucoup de soin. Vous ne jurez plus sur la foi de vos maîtres, mais vous confirmez tous les jours leurs assertions ou vous les infirmez. Vous n'admettez, en un mot, que les faits qui vous sont pleinement démontrés; vous ne les comptez pas, vous les pesez et vous ne les enregistrez dans vos bulletins qu'après vous être assurés de leur exactitude.

Au lieu d'appliquer exclusivement votre esprit à l'étude de l'anatomie pathologique, vous ne voyez en elle qu'un des éléments, ou, si vous aimez mieux, qu'un des accidents de la maladie. C'est pourquoi vous étudiez toutes les questions médicales, à propos de l'anatomie pathologique. Celle-ci n'est donc pas pour vous un simple objet de curiosité, car vous rapprochez toujours, à l'exemple de Laennec, les lésions organiques trouvées après la mort des symptômes et des signes physiques observés pendant la vie.

C'est ce qui ressortira, aujourd'hui comme toujours, du compte-rendu que vous allez entendre.

Mais ce n'est pas un simple sommaire de vos travaux que je dois vous présenter; c'est une analyse rapide, sans doute, mais au moins raisonnée, qui mette en relief les points principaux qui ont fixé votre attention dans le cours de l'année; analyse qui rapproche les faits qui présentent entre eux quelque ressemblance ou quelque analogie; analyse, enfin, qui fasse ressortir en quoi ces faits s'accordent ou ne s'accordent pas avec les idées dominantes.

Quel ordre vais-je suivre dans cette exposition nouvelle de vos travaux! Là est toute la difficulté. Mes prédéces-

seurs ont désespéré de la vaincre, puis-je me flatter d'être plus heureux qu'eux ? Je ne le pense pas. Quel que soit, en effet, le plan que l'on adopte, il laissera toujours beaucoup à désirer, tant la nature a de la peine à se renfermer dans les limites étroites que lui assignent nos classificateurs :

Que de faits ne pourrais-je point vous citer qui rentre-
raient aussi bien dans une classification que dans une
autre ? Vos bulletins m'en fourniraient, au besoin, plusieurs
exemples. Mais, sans remonter bien loin dans le passé, je
vous rappellerai le fœtus dont j'aurai bientôt à vous entre-
tenir, et qui vint au monde :

1° Avec une hernie du cerveau et du cervelet ;

2° Avec un développement incomplet de l'œil gauche ;

3° Avec un bec-de-lièvre ;

4° Avec un pied bot varus très prononcé ;

5° Avec un doigt unique à la main gauche ;

6° Avec une perte de substance telle des parois du
thorax et de l'abdomen, que presque tous les viscères
étaient sortis de leurs cavités naturelles ; etc., etc. (p. 217
et suiv.)

Quelle place assignerez-vous à ce fœtus ? Ne rentre-t-il
pas à la fois dans la classe des vices de conformation, des
monstruosités, etc. ?

Que cette observation nous serve de leçon pour nous
apprendre le vide des classifications.

N'oublions pas que les plus naturelles présentent encore
bien des imperfections.

Pénétré de cette vérité, et sans chercher à légitimer le
moins du monde le plan que je vais suivre, j'aborderai
tour à tour les questions que vous avez agitées relativement

1° A l'anatomie normale,

2° A ses déviations (anomalies),

3° A la physiologie.

Je passerai ensuite à l'anatomie pathologique, qui comprendra :

- 4° Les vices de conformation,
- 5° Les monstruosités
et les maladies
- 6° Du système osseux (continuité et contiguité.)
- 7° Du système nerveux,
- 8° Du système digestif,
- 9° Du système génito-urinaire,
- 10° Du système circulatoire,
- 11° Du système respiratoire,

12° Enfin, je consacrerai un chapitre spécial à tous les faits qui n'auront pas pu rentrer dans les divisions précédentes.

1° *Anatomie normale.*

L'anatomie normale n'a pas été l'objet, cette année, de nombreuses communications. Encore même, toutes n'ont-elles pas eu trait à l'homme. C'est ainsi qu'un élève distingué de l'école d'Alfort vous a montré, entre autres choses qui ont particulièrement fixé votre attention, une série de pièces recueillies sur de jeunes mammifères pour établir que le vomer, la cloison des fosses nasales, l'ethmoïde et le sphénoïde antérieur ne constituaient qu'un seul os (p. 287). M. Colin a considéré cet os unique comme formant la base de la vertèbre céphalique que les anatomistes transcendants désignent sous le nom d'olfactive. (P. 290.)

Dans un remarquable rapport, M. Broca vous a exposé les raisons sur lesquelles il se fondait pour ne pas admettre cette dernière idée; mais il n'a pas moins félicité M. Colin d'avoir su trouver, dans l'étude comparée des animaux, autre chose que la constatation pure et simple des faits anatomiques. (P. 296.)

—M. Deville vous disait, dans son compte-rendu pour l'année 1846 (p. 409), « Il y a énormément à faire en anatomie, même en anatomie descriptive. » M. Broca vous l'a prouvé, en vous montrant, sur une tête finement injectée, une belle préparation des artères gingivales supérieures et inférieures (p. 282). Sur cette pièce, les artères coronaires labiales ne concouraient en rien à la circulation des gencives, contrairement à ce qu'on lit dans les auteurs.

— Je place ici, sous forme de doute, et je rappelle seulement, pour mémoire, une vésicule du fiel dans laquelle M. Barth crut voir des fibres musculaires (p. 34). Toutefois, sur la remarque faite par M. Blot, 1^o que l'existence de fibres musculaires dans la vésicule du fiel n'était point démontrée chez l'homme, et 2^o qu'on pouvait tout aussi bien rapporter à du tissu fibreux, qui forme la charpente de la vésicule, les espèces de vaisseaux ou de colonnes qui se voyaient dans les parois de cette vésicule, M. Barth ne trancha point la question, et comme M. Blot, il se renferma dans le doute.

— M. Gros vous a fait voir distinctement les valvules de la marge de l'anus qu'il croyait méconnues, et dont la description ne se trouvait pas moins dans les auteurs anciens, aussi bien que dans les modernes.

En effet, M. Gubler vous les montra décrites et figurées dans les œuvres de Morgagni, et il ajouta qu'elles n'étaient point inconnues de Glisson. M. Lailler vous cita différents passages extraits des ouvrages de Boyer, Broc, MM. Cruveilhier et Velpeau, desquels il résulte que les valvules de l'anus étaient non-seulement bien connues, au point de vue anatomique, mais encore qu'elles avaient fixé l'attention des pathologistes (Ribes, Cruveilhier, etc.) au point de vue pratique.

Vous lirez avec intérêt dans vos bulletins (p. 24 et 39)

tout ce qui a trait à ces valvules, et vous y trouverez la description exacte de leur forme et de leur position.

— S'il n'y avait rien de neuf dans la communication de M. Gros, il n'en a pas été de même de celle de M. Deville, qui vous a fait part d'une découverte faite par M. Guérin à deux ou trois centimètres de profondeur du canal de l'urètre. Cette découverte consiste dans une valvule absolument semblable aux valvules sigmoïdes. (P. 246.)

Son existence vous a fait comprendre pourquoi, dans un rétrécissement, une bougie conique n'éprouvait plus d'obstacle quand elle avait traversé trois ou quatre centimètres du canal de l'urètre (M. Deville). Elle vous a fait comprendre aussi pourquoi une bougie fine pouvait être arrêtée à ce niveau, tandis qu'il n'en était pas de même d'une grosse bougie.

M. Richard a pris acte de cette découverte pour vous dire qu'elle théorise le cathétérisme, et qu'elle rendait compte de la manœuvre dite du tour de maître.

M. Caudmont, enfin, a expliqué l'arrêt de la sonde, non-seulement par la présence de la valvule de M. Guérin, mais encore par la forme concave de la paroi inférieure de l'urètre, tandis que la supérieure était convexe, et, par cela même, très propre à arrêter les instruments.

20. *Anomalies.*

De l'anatomie normale aux anomalies, il n'y a qu'un pas. Cela est si vrai que, dans bien des cas, on ne saurait dire où finit l'anatomie normale, et où commencent les anomalies.

Ces déviations de l'état physiologique sont assez fréquentes. M. Broca en a rencontré cinq sur le même sujet, qu'il vous a décrit avec un soin extrême (p. 49 et suiv.). C'était sur des artères que portaient ces anomalies ; l'une d'elles, plus rare que les autres, avait trait, dans les deux côtés, aux vaisseaux du membre thoracique.

— Déjà, à propos de cette présentation, M. Broca avait appelé votre attention sur la fréquence des anomalies artérielles multiples, lorsqu'une occasion nouvelle s'offrit à lui de confirmer, par un fait de plus, cette fréquence. les anomalies artérielles portaient encore sur un membre thoracique.

1° Un énorme vaisseau aberrant se détachait de l'artère axillaire et rentrait, au pli du coude, dans le tronc principal du membre, après avoir fourni, dans son trajet, les artères thoraciques supérieure et inférieure, la scapulaire inférieure, les circonflexes, les artères superficielles et antérieures du bras, l'artère radiale enfin.

2° Sur le même membre, l'arcade palmaire superficielle manquait. (P. 67.)

— Pour achever la série des présentations que vous devez à M. Broca, sur les anomalies, je vous rappellerai cette artère du nerf médian (p. 67.), qui passait à travers une boutonnière du nerf du même nom, à cinq centimètres au-dessus du pli du coude.

— À côté de cette anomalie singulière, permettez-moi de placer cette autre anomalie artérielle que vous a présentée M. Demarquay, et qu'il a signalée dans un Mémoire publié en 1848. — L'artère sous-clavière droite naissait directement de la partie terminale de la crosse de l'aorte, passait sous la trachée artère et l'œsophage, et se rendait ensuite à la partie droite du tronc, comme à l'ordinaire. Dans ce cas, il n'y avait pas de nerf récurrent; les branches qu'il fournit d'ordinaire se détachaient du pneumo-gastrique. (P. 20 de nos bull., et *Gazett. des hôpit.*, 27 janv. 1849.) M. Demarquay a toujours rencontré cette disposition avec l'anomalie artérielle que je viens de vous rappeler (1).

(1) Voyez en effet dans le *Compte-Rendu* de 1847, p. 473, une observation semblable.

— Je vous parlais tout à l'heure d'une artère qui passait à travers la boutonnière d'un nerf, je vais vous dire un mot maintenant de deux veines traversées par deux nerfs. C'est à M. Deville que vous les devez. Le nerf musculocutané passait dans un trou qui lui était formé par la veine axillaire divisée au niveau du creux de l'aisselle, puis bientôt réunie.

Un petit nerf cutané externe traversait du même côté, tout proche du muscle coraco-brachial, une petite veine non dénommée. (P. 8.)

— Six mois après cette présentation, M. Deville vous en a fait une autre non moins curieuse.

Vous savez, Messieurs, qu'il existe chez certains mammifères, au bas de l'humérus, un canal osseux, à travers lequel s'engage l'artère humérale (canal sus-épichondilien des animaux). M. Deville vous a montré une disposition analogue sur deux humérus, provenant l'un d'un homme, et l'autre d'une femme. (P. 243.)

A cinq centimètres environ, au-dessus de l'épitrachée, naissait, de la face interne de l'humérus, une épine osseuse longue d'un centimètre environ, de l'extrémité libre de laquelle partait un cordon fibreux qui allait s'insérer au sommet de l'épitrachée.

Sur l'humérus de la femme, l'artère humérale et le nerf médian s'engageaient dans l'ouverture formée par l'humérus d'une part, et le cordon fibreux d'autre part. Sur l'humérus de l'homme, le nerf médian seul passait dans l'ouverture signalée.

— Pour en finir avec les anomalies, permettez-moi de vous remettre en mémoire le squelette que je vous ai montré. Il n'avait de chaque côté, à proprement parler, que onze côtes, les deux premières étant réduites à l'état rudimentaire (p. 146). On a rencontré le même nombre pour chaque partie latérale dans le squelette de

Ritta et Cristina, monstre à deux têtes (Lepelletier *Physiologie* ; t. IV, p. 386.)

Des faits de cette nature avaient déjà fixé l'attention des anatomistes anciens.

Galien était persuadé qu'on trouvait plus souvent treize côtes que onze : ce dernier nombre était très rare(1). C'est à peine, dit-il, si l'on rencontre cette anomalie une fois sur mille.

Columbus dit avoir observé tantôt onze et tantôt douze côtes.

Riolan a possédé des squelettes qui n'avaient que onze côtes de chaque côté : il en avait vu d'autres qui en avaient treize.

Thomas Bartholin a disséqué le cadavre d'un homme robuste qu'on avait pendu à Copenhague en 1657, et chez lequel il trouva d'un côté onze côtes seulement, tandis qu'il n'en manquait aucune du côté opposé, où la douzième était excessivement grêle. (*Historia 1, centuriæ V, historiarum anatomicarum et medicarum rariorum. Hafniæ, 1661.*)

3^e Physiologie.

En vous montrant les ovaires d'une femme morte deux mois après l'accouchement, et qui ne présentaient pas de traces de *corps jaune* (p. 12), M. Blot vous a répété ce qu'il vous avait déjà dit en une autre occasion (t. 23, p. 355) savoir : qu'on avait été trop loin en établissant une analogie entre les corps jaunes des menstrues et ceux qui suivent l'accouchement. Pour lui, ces corps jaunes persistent plus longtemps après l'accouchement qu'après les règles.

(1) « Visæ tamen utrinque 13, sed rarissimè. Visæ sed adhuc rarius utrinque 11. (*Exercitatio medica in alimã argentoratensium academiã proposita. Respondente Georgio Sebastiano Widemannò Augustano, 1629*) »

—Revenant à la question relative à la membrane caduque dont il vous avait aussi entretenus l'année dernière (p. 357) à propos d'une présentation de M. Barth, M. Blot s'est efforcé de vous démontrer que cette membrane, qui paraissait si lisse à l'air libre, était, au contraire, villose quand on l'examinait sous l'eau.

M. Blot a donc encore une fois soutenu la manière de voir de M. Coste. Je n'ai pas à revenir sur cette théorie pas plus que sur la théorie ancienne.

M. Richard vous a exposé parfaitement, dans son compte-rendu pour 1848, l'état de la question; je ne saurais dire rien de mieux, et je vous renvoie, par conséquent, à son article sur l'embryogénie (p. 384).

C'est ici le cas de vous rappeler le fait de grossesse probable signalé par M. Deville dans la séance du 20 avril. Les développements auxquels cette observation s'est prêtée échappent à toute analyse (p. 105).

4° *Vices de conformation.*

— Lorsque M. Boullard vous a soumis un os maxillaire inférieur dans lequel manquait un des condyles, il s'est demandé si cette disposition était congéniale. L'articulation se faisait par l'un des angles du maxillaire. Le visage était déformé, et les téguments ne présentaient point de cicatrice.

— A une époque qui est déjà loin de nous, M. Estevenet présentait à la Société anatomique une cuisse très courte qu'il avait trouvée à l'amphithéâtre. Le corps du fémur manquait complètement ainsi que la cavité cotyloïde; tous les muscles de la cuisse existaient, à l'exception du triceps qui s'attache au corps du fémur (t. 16, p. 173.)

Non moins heureux que M. Estevenet, M. Deville vous a apporté, de l'amphithéâtre également, un membre supérieur dans lequel une grande partie du cubitus man-

quait : il ne restait guère que l'épiphyse supérieure et un fragment de l'épiphyse inférieure. Il ne manquait aucun des muscles de l'avant-bras ; leurs insertions se faisaient à un gros cordon fibreux, qui tenait la place de la portion absente de l'os. L'aponévrose inter-osseuse elle-même s'attachait à ce cordon fibreux et à ce qui restait du cubitus.

Dans cette pièce, on voyait une luxation de l'extrémité supérieure du radius, qui était courbé dans toute sa longueur. La luxation avait lieu en haut et en dehors, et son extrémité supérieure remontait à plus de quatre centimètres au-dessus du niveau de l'articulation du coude.

MM. Cruveilhier et Deville attribuèrent à l'action musculaire la courbure du radius.

M. Deville pensa que l'os ne s'était point développé, ou bien qu'il avait été fracturé durant la vie intra-utérine. Cette fracture ne se serait pas consolidée, et les deux fragments se seraient écartés à mesure que le radius se serait développé (p. 153.)

—Si les faits précédents ont pu laisser du doute dans votre esprit relativement à leur origine, il n'en a pas été de même du suivant, qui était bien congénital : je veux parler du double bec de lièvre avec division absolue de la voûte palatine et du voile du palais, que vous devez à M. Broca. Cette division des os et des parties molles est rare. Elle s'oppose à ce que les enfants puissent prendre la nourriture nécessaire à l'entretien de la vie. C'est au moins là ce qui est arrivé à un nouveau né dont vous a parlé M. Houel (p. 76.)

—Un autre bec de lièvre congénital vous a été montré par M. Houel lui-même sur un fœtus de huit mois et demi environ. La lèvre supérieure et le bord alvéolaire de l'os maxillaire supérieur, étaient divisés. La division n'atteignait pas la voûte palatine. Sur le fœtus qui présentait ce vice de conformation, existaient aussi un développement

incomplet de l'œil gauche, une hernie du cerveau et du cervelet, un pied bot varus, etc. (p. 217 et suiv.)

— Rangerez-vous parmi les vices de conformation, cette malformation de l'épaule que M. Bouteiller a reconnue, pendant la vie, sur une femme qui a succombé aux suites d'une carie lombaire ? M. Bouteiller a émis devant vous cette opinion, se fondant sur ce que la capsule articulaire, la cavité glénoïde et la tête de l'humérus étaient dans une intégrité parfaite. (p. 61 et suiv.)

— Peu de vices congéniaux du tube digestif vous ont été soumis. Cependant M. Blot vous a fait voir un intestin grêle trois fois plus volumineux que le gros intestin, surtout dans son tiers inférieur. Cette partie de l'intestin passait et repassait, sans être comprimée, à travers un hiatus formé par le grand mésentère. Chez ce même sujet, l'iléon était complètement oblitéré à la réunion de ses deux tiers supérieurs avec son tiers inférieur. Ce dernier tiers était réduit à la grosseur d'une plume d'oie; les deux autres tiers étaient, au contraire, considérablement dilatés, terminés en cul de sac, et ils contenaient un mélange d'eau et de méconium (1).

Il y avait eu des vomissements de ces deux liquides pendant trois jours, après lesquels l'enfant avait succombé. (p. 120.)

— M. Deville vous a cité, à cette occasion, le fait d'un intestin grêle qui, au lieu d'être renfermé dans la cavité

(1) « De quelque manière que l'anús soit imperforé, lorsqu'il n'y a point une ouverture contre nature pour la sortie des matières stercorales, ces matières s'accumulent dans le conduit intestinal, le distendent, et donnent lieu à des accidents qui font périr l'enfant s'il n'est promptement secouru, ou si l'espèce d'imperforation est au-dessus des ressources de l'art. (Boyer, *Mal. chirurg.* t. x, p. 8.)

péritonéale, était logé dans l'écartement des deux feuillets du mésocolon transverse. (p. 122.)

—J'arrive à deux autres faits intéressants qui vous ont été communiqués, l'un, par M. Blot (p. 8), et l'autre, par M. Courtin (p. 365), qui, tout éloigné qu'il est de la capitale, a bien voulu se souvenir de vous.

Il est des cas, vous le savez, où l'hydrocéphale se déclare après la naissance; mais ces cas sont beaucoup moins fréquents que ceux où cette maladie se développe pendant la vie intra-utérine. Il n'est pas rare alors de voir la tête du fœtus prendre de telles proportions que l'accouchement ne puisse pas se faire. Il faut donc recourir à une opération qui donne lieu à l'écoulement du liquide, et rende ainsi possible la sortie de la tête.

Tel a été le cas qui s'est présenté à M. Blot, qui vous a dit qu'il s'agissait probablement d'une hydrocéphale intra-ventriculaire.

Cette observation présentait encore un exemple d'hydrocéphale externe, pour ceux qui voudraient réserver ce nom, avec Galien, Aétius (1) et bien d'autres auteurs, à l'œdème du cuir chevelu.

La communication de M. Blot vous a de plus intéressés au point de vue pratique, puisque le grand écartement des fontanelles et la hauteur du double bruit du cœur avaient fait reconnaître ou soupçonner au moins une hydrocéphale, et que ce diagnostic avait été confirmé par la sortie d'un litre de sérosité environ. (p. 9.)

Vous devez vous rappeler, Messieurs, la discussion savante dont fut suivie la présentation de M. Blot. M. Barth confirma, ce qu'on savait du reste (Voyez Boyer, t. V, p. 207), savoir, que de tous les épanchements de sérosité ayant lieu dans l'intérieur même du crâne, les plus fré-

(1) Tetr. II, Sermo. II, Cap. I, p. 242. Edition de Henri Etienne, 1567.

quents étaient de beaucoup les épauchements ventriculaires.

— Faut-il citer ici cette autre observation de M. Deville dans laquelle une portion de la substance cérébrale renfermait de la sérosité pure, nullement enkystée? (p. 343). Notre collègue vit, s'il vous en souvient, dans ce fait, une *hydrocéphale circonscrite* (1). Seul avec lui j'admis cette expression qui n'était en définitive que la traduction du fait matériel; mais elle fut désapprouvée par MM. Barth et Durand-Fardel, qui ne voulurent pas détourner le mot hydrocéphale de l'acception communément reçue.

— A côté du fait de M. Blot se place naturellement celui de M. Courtin. Il s'agit d'un *hydiorachis*, dont l'histoire ne saurait être séparée de celle de l'*hydrocéphale*, à cause de l'analogie de causes et d'effets. Je ne reviendrai pas sur les détails de l'observation qui vous ont été transmis avec tant d'exactitude par M. Courtin lui-même. Je m'arrêterai seulement sur le point essentiel de l'anatomie pathologique relatif à la portion de la moelle épinière qui faisait partie de la tumeur. (Elle occupait la région sacrée.)

Vous savez que quelques auteurs, Ruych en particulier, ont pensé qu'il n'y avait plus rien de la moelle au niveau du *spina bifida*. L'observation de M. Courtin a démontré encore une fois, ce dont on ne doute plus, du reste, depuis les travaux de Camper, que les filets nerveux qui entraient dans la tumeur, se réfléchissaient sur les parois du sac, et qu'ils les tapissaient plus ou moins loin.

Regrettons que M. Courtin se soit trouvé dans l'impossibilité de poursuivre, au delà du *spina bifida*, les nerfs qui terminent la moelle. Il nous aurait dit, sans doute, d'une

(1) « Il y a une troisième espèce d'hydrocéphale, dit Freind, (*Histoire de la médecine*, traduct. de Étienne Coulet, 2^e part., p. 72); c'est lorsque l'humeur est enfermée dans la substance du cerveau lui-même. »

manière positive, la continuité de ces nerfs, et il aurait rendu son observation plus complète. Mais que pouvait-il contre l'impossible? Il a fallu dérober la tumeur ! larcin excusable, qui prouve l'amour de M. Courtin pour la science, et son dévouement pour la société anatomique.

— Si j'avais à vous rendre compte de choses autres que celles qui sont dites avec des pièces anatomiques à l'appui ; je vous rappellerais une deuxième observation de spina bifida dont MM. Demarquay et Leuret vous ont entretenus à l'occasion de celle de M. Courtin, et j'entrerais dans quelques détails touchant le fait de M. Lavacherie, que M. Barth vous a communiqué (p. 11) ; mais je dois me renfermer dans ce qui vous appartient en propre.

— M. Houel vous a fait voir un fœtus de six mois qui portait une hernie ombilicale (1) contenant le foie, l'intestin grêle, le cœcum, le colon ascendant, l'estomac et la rate.

Les parois de la poche s'étaient rompues pendant l'accouchement (p. 245).

— Parmi les vices de conformation des doigts que les enfants apportent quelquefois en naissant, se trouve l'union de ces doigts, tantôt intime et tantôt médiate.

M. Lemaistre vous a montré un exemple de la première espèce sur un enfant dont le médus, l'annulaire et l'auriculaire ne se dessinaient pour ainsi dire point (p. 148).

Je vous ai fait remarquer, à l'occasion de cette présentation, que l'arcade palmaire superficielle descendait jusqu'aux points où la séparation des doigts devenait apparente, et qu'en raison de cette disposition anatomique, toute opération qui eût séparé les doigts eût divisé deux fois cette arcade palmaire.

(1) Boyer ne doutait pas que la hernie ombilicale de naissance ne dût être attribuée à un vice de conformation dans la région du nombril. (*Mal. chir.* t. 8, p. 297).

M. Moreau vous a fait remarquer à son tour la rareté de ce vice de conformation, puisqu'il ne l'a rencontré qu'une fois sur plus de trois mille enfants.

—Dois-je placer ici le fait de cette côte bifide à son extrémité sternale et de ces deux autres côtes tendant à devenir bifides, que vous apporta M. Deville? (p. 8) Je le fais d'autant plus volontiers qu'il me servira de transition, avec celui de M. Lemaistre, pour vous entretenir des doigts palmés et surnuméraires à la fois que M. Broca vous fit voir (p. 336.)

Le sujet qui était né avec ces deux difformités portait en même temps, à chaque pied, un doigt surnuméraire.

Une dissection minutieuse n'a fait rien découvrir à M. Broca dans les cavités splanchniques qui indiquât la moindre trace de duplicité.

Au contraire, la dissection a démontré que, même aux pieds et à la main, la duplicité n'était qu'apparente. Les phalanges des gros orteils, en effet, étaient comme divisées en deux longitudinalement, et le doigt surnuméraire de la main n'était qu'une partie du dédoublement de l'annulaire. Il existait sur les pieds et sur la main le même nombre de muscles, d'artères et de nerfs qu'à l'état normal.

L'observation de M. Broca restera dans vos bulletins pour apprendre à quel résultat inattendu peut conduire un fait bien établi, apprécié par un esprit droit et philosophique. Elle restera dans vos bulletins encore pour démontrer une fois de plus ce que renferme de trop absolu la loi qu'a formulée, au sein même de votre société, M. Pigné (1846, p. 13; 109 et suiv.; 144 et suiv.), lorsqu'il admettait la dualité constante des germes sur la foi d'un seul membre ou de tout autre organe surnuméraires.

Jetez les yeux de nouveau sur les communications que M. Pigné vous a faites, et vous comprendrez qu'il se soit laissé séduire par les faits que le hasard avait mis en ses mains; vous comprendrez qu'il en ait déduit, j'ajoute même qu'il

ait dû en déduire les conclusions que vous connaissez tous.

Parmi les individus que M. Pigné vous montra, aucun n'était pourvu exclusivement de doigts surnuméraires.

Au contraire, l'enfant que M. Blot soumit à votre examen, l'année dernière (t. 23, p. 355), avait un doigt surnuméraire, et rien de plus. Je viens de vous dire ce qu'a présenté de remarquable l'observation de M. Broca. J'ajoute que la persistance de la vie est l'exception avec la dualité des germes, et qu'elle est la règle, au contraire, avec des doigts surnuméraires.

Permettez-moi donc de placer les faits de M. Pigné dans la classe des monstruosité, et de maintenir ceux de MM. Blot et Broca dans celle des simples vices de conformation.

Si vous n'admettiez pas ces idées, vous devriez considérer comme un monstre, et cette conclusion serait certainement forcée, le médecin Américain qui s'est offert à vous avec six orteils à chaque pied et six doigts à chaque main (p. 341). Vous ne serez pas aussi sévères, car vous ne verriez à ce prix que des monstres dans presque tous les membres de la famille de votre honorable confrère, tandis que vous ne devez y voir que des vices de conformation et un des faits les plus remarquables d'hérédité que l'on puisse citer.

Pieds bots. — Outre les vices de conformation des pieds que je viens de vous signaler, il en est d'autres dans lesquels les pieds présentent au sol leur extrémité digitée (*pied équin*, c'est-à-dire pied de cheval), leur bord péronier, (*pied varus*, c'est à dire courbé en dedans), ou leur bord tibial (*pied valgus*, c'est à dire courbé en dehors).

Ces différentes torsions des pieds sont congéniales ou acquises.

On faisait dépendre la première, entre autres causes, d'une fausse position gardée par les membres abdominaux du fœtus pendant la grossesse, et du défaut d'espace de

l'utérus (1). Mais cette fausse position et ce défaut d'espace étaient plutôt admis en théorie qu'ils n'étaient démontrés en pratique. C'est à notre honorable président qu'appartient cette démonstration ; il vous en a fait remarquer la justesse sur le fœtus de huit mois et demi, dont je vous ai déjà parlé. Ce fœtus présentait, en outre, une inclinaison notable du côté droit : elle était due à la position vicieuse qu'avait pris le fœtus dans le sein de sa mère (p. 217). Le membre inférieur droit présentait un pied bot varus très prononcé (p. 220).

Ce vice de conformation, a-t-on dit (Bouvier, *Dict. de méd.* en 15 vol. ; art. Pied bot, p. 85), se rencontre fréquemment dans les enfants monstrueux. Nous avons vu le fœtus dont nous parlions tout à l'heure présenter un bec-de-lièvre, une hernie du cerveau et du cervelet, un développement incomplet de l'œil gauche (p. 218). Ajoutons que tous ces désordres étaient accompagnés d'une éventration.

Toutes ces complications ne sont-elles pas faites, je le répète, pour désespérer les classificateurs ?

Pied bot congénial ou acquis. — Admettez-vous comme congéniaux les deux pieds bots varus (2) que M. Broca vous soumit (p. 327) pour vous faire voir qu'aucun muscle ne portait les traces des dégénérescences fibreuses dont a parlé M. Guérin ? M. Deville considéra comme acquise cette difformité.

— Pour vous démontrer encore davantage combien était

(1) Voyez la reproduction de cette idée dans l'article de Monfalcon, ayant pour titre : Nature de la maladie appelée *pieds-bots* (dans le GRAND DICT. DES SCIENCES MÉD. p. 390, t. 42) ; voyez aussi dans le DICT. DE MÉD. en 15 vol. l'article de M. Bouvier sur les *pieds bots*, p. 85.

(2) J'écris VARUS pour me conformer à l'usage, mais il serait préférable de dire ici VARI, puisqu'il est question de plus d'un pied-bot.

trop générale l'assertion de M. Guérin touchant la transformation que subissent les muscles dans le pied bot acquis, M. Broca vous fit voir quatre autres pieds bots *varus* appartenant à un enfant de quatre ans environ et à un homme fait. Dans le premier cas, il n'y avait nulle transformation graisseuse, ni même fibreuse (p. 342); dans le second, il existait, à la vérité, une transformation graisseuse d'un grand nombre de muscles, mais cette transformation parut être à M. Broca plutôt la cause que l'effet de la déviation des pieds (p. 265,) et il considéra comme acquise, par conséquent, cette déviation.

— M. Macquet vous cita, pour appuyer l'opinion de M. Broca, le fait d'un individu dont le pied droit s'était déformé à la suite d'une paralysie des muscles triceps, jambier antérieur, extenseur des orteils, et chez lequel il était survenu plus tard, sous l'influence d'une nouvelle paralysie musculaire du côté gauche, une déformation du pied correspondant. (P. 329). Enfin, M. Deville appela votre attention sur le muscle du fascia-lata hypertrophié, qui, dans le cas de la transformation graisseuse, fonctionnait outre mesure. « En effet, disait-il, dans le pied bot *varus*, le membre correspondant tend toujours à se porter vers l'adduction, et le muscle du fascia-lata, fonctionnant plus que d'habitude, s'hypertrophie. »

5^e *Monstruosités.*

Les seules monstruosité qu'il vous ait été donné de voir, cette année-ci, se rapportent presque toutes à des animaux. Vous les devez à M. Colin, que je vous ai déjà cité.

La première de ces monstruosité fut observée sur un nouveau né à terme, dont les viscères thoraciques et abdominaux flottaient à l'extérieur, parce que les parois abdominale et thoracique antérieures manquaient (p. 296.)

La deuxième monstruosité consistait dans un fœtus de

lapin *cryptocéphale* (de κεφαλή, tête et κρυπτος, caché.) (p. 297.)

La troisième portait sur un chien dont la tête n'avait ni œil, ni narines, ni bouche, ni langue, ni mâchoire inférieure : elle avait pourtant les oreilles.

La quatrième provenait d'un fœtus de cochon, et appartenait au genre que M. Geoffroy Saint-Hilaire a décrit sous le nom de *rhinencéphale* (p. 297.)

La cinquième monstruosité avait été trouvée sur une brebis qui portait un membre supplémentaire implanté sur le milieu du ventre (p. 298.)

Si toutes ces monstruosités étaient susceptibles d'analyse, je vous la donnerais pour vous rappeler les circonstances bizarres et remarquables que chacune d'elles vous a présentées; mais, d'une part, cette analyse est impossible, parce qu'elle devrait comprendre trop de détails, et, d'une autre part, elle ne saurait avoir le mérite du rapport que vous fit sur elles M. Broca : je vous renvoie donc à nos bulletins (p. 292 et suiv.)

—Je termine cet article par la citation du fœtus dont je vous ai déjà parlé, et qui établit une sorte de transition entre les vices de conformation et les monstruosités.

Le tronc de ce fœtus présentait une perte de substance qui intéressait à la fois la poitrine et l'abdomen. A travers cette perte de substance s'échappaient le cœur avec son enveloppe séro-fibreuse, le poumon, l'estomac, l'intestin grêle, les colons ascendant, transverse et descendant; le foie, la rate et le rein gauche (p. 219.)

6. *Système osseux.*

Lorsqu'on jette un coup d'œil sur les pièces nombreuses qui vous ont été soumises relativement aux maladies des os, on n'est pas moins frappé de leur nombre que du choix qui a présidé à leur présentation.

Hypertrophie des os du crâne, fragilité anormale de ces os, disparition et écartement de leurs sutures, enfoncement avec ou sans fractures, solutions de continuité, perforations, fractures de l'atlas.

Fractures du radius, du fémur, du tibia, du péroné.

Luxations de l'atlas, du coude, du pied, du bassin.

Ankyloses, ostéites, nécroses.

Cancers du genou, de la cuisse, de l'os des fesses.

Enchondrôme des vertèbres sacrées, etc.

Telle est, en peu de mots, la série des faits dont on vous a rendus témoins, et sur lesquels je dois vous donner quelques détails.

A. Fractures.

Vous devez à M. Notta le plus bel exemple de *rachitis* qui vous ait été présenté dans le courant de l'année : *ce rachitis était congénial*. Cette affection est des plus rares sous ce rapport : elle était aussi des plus remarquables au point de vue de l'hérédité.

La mère, en effet, avait les tibias légèrement arqués ; le père était dans des conditions encore pires, car tous ses membres étaient extrêmement déformés.

Un des caractères principaux du rachitisme, vous le savez, consiste dans une déformation plus ou moins considérable des os avec ou sans fracture : ces deux choses se trouvaient réunies sur le nouveau-né que M. Notta mit sous vos yeux.

Les fractures prédominaient pourtant. Il en existait quinze dont douze étaient récentes et deux consolidées : la dernière était en voie de consolidation.

Je voudrais pouvoir vous retracer ici tous les détails de cette observation, mais vous la relirez avec plus d'intérêt dans vos bulletins (p. 83), où je l'ai consignée tout entière, et telle qu'elle avait été rédigée par M. Notta.

Vous y retrouverez aussi d'autres détails curieux relativement à une texture anormale des os du crâne, dont la science offre peu d'exemples. La facilité de l'acconchement, les circonstances dans lesquelles il s'opéra vous seront dévoilées par cette texture anormale, qui consistait dans des absences multipliées d'ossification au moins apparentes.

— Vous ne voyez pas fréquemment l'hypertrophie des os du crâne. Celle que vous a fait voir M. Foucher (p. 257) était si considérable, qu'elle présentait sur quelques points un centimètre à un centimètre et demi d'épaisseur. Sur ce crâne qui provenait d'un vieillard, toutes les sutures avaient disparu; le crâne ne semblait être constitué que par un seul os: il était, de plus, extrêmement fragile.

— M. Broca vous a fait constater un enfoncement du crâne datant d'assez long-temps, et qui avait guéri sans l'opération du trépan (p. 177). Vous vous souvenez qu'une dépression existait sur le milieu du front, et que les os déprimés faisaient saillie à l'intérieur.

Vous avez vu dans cette pièce, contrairement à ce que les auteurs ont écrit de trop exclusif, qu'un enfoncement même très étendu des os du crâne pouvait avoir lieu sans fracture. Il n'existait, en effet, des traces de solution de continuité que dans un seul point de la circonférence de la table interne, à la partie supérieure de l'enfoncement. Cette pièce était presque l'analogue de celle qu'en un autre temps avait trouvée M. Mayor et que vous avait apportée M. Deville. Elle était plus remarquable, cependant, en ce que l'étendue de l'enfoncement était plus considérable.

— Ai-je besoin de vous rappeler ces perforations assez larges, à peu près circulaires, trouvées par M. Broca sur le pariétal gauche d'un enfant de sept à huit ans, et sur l'origine desquelles MM. Cruveilhier, Leudet, Mercier, Richard, etc., émirent des opinions si différentes? (p. 367)

et cette solution de continuité de la voûte du crâne d'un autre enfant, qui fut interprétée si différemment encore par MM. Deville, Cruveilhier, Broca, Durand, Fardel? (P. 242.)

Ces deux discussions sont encore trop présentes à votre mémoire pour que j'aie à vous les reproduire; j'aime mieux appeler votre attention sur une observation de fracture du crâne que vous devez à M. Foucher (p. 258.)

— Un enfant tombe d'un troisième étage sur la tête; il s'aplatit le nez, et se fracture le front et l'os maxillaire inférieur.

Cependant, il conserve la sensibilité générale et la motilité. Son intelligence est nette; ses réponses sont parfaites.

Deux jours après la chute, il paraît encore comprendre les paroles qu'on lui adresse; puis, il est pris d'une agitation continuelle. Tous ses membres sont aussi dans un état permanent d'agitation; les supérieurs sont un peu contracturés. La mort arrive.

A l'autopsie, on trouve la partie du cerveau correspondant aux fractures du front réduite en bouillie. Le lobe antérieur droit est désorganisé à un centimètre de profondeur. Du pus est infiltré dans la pie-mère et l'arachnoïde correspondantes. La partie la plus reculée des lobes postérieurs est contuse, un peu ramollie.

Indépendamment des fractures que nous avons signalées, d'autres atteignent le sphénoïde, l'un des rochers, et il existe un écartement des deux maxillaires supérieurs, et des sutures de réunion de l'os malaire et du maxillaire supérieur dont M. Deville vous a fait remarquer la rareté.

— A côté des fractures du crâne se placent naturellement celles des vertèbres. Je vous rappellerai donc l'observation aussi rare que curieuse de la fracture double de l'atlas que

M. Boullard vous a communiquée (p. 179). Cette fracture ne fut suivie d'aucun déplacement capable de produire la compression de la moelle. Le malade vécut trente-huit jours, sans avoir eu de la gêne à respirer, sans perte absolue du mouvement, sans abolition de la sensibilité, sans selles involontaires, sans rétention d'urine, sans priapisme.

— Il ne me reste plus, pour ne rien omettre de ce qui a trait aux fractures des os, qu'à vous rappeler celle de l'extrémité inférieure du radius, que M. Leudet vous montra avec une luxation complète de l'avant-bras sur la partie postérieure de la main (p. 366), et celle qui vous fut apportée par M. Mondière fils. Elle avait intéressé à la fois les deux os de la jambe et le cartilage articulaire. Les os s'étaient consolidés, mais non les divers fragments du cartilage (Voyez le vol. 25).

C'est un fait de plus à ajouter au défaut de réunion des cartilages.

Puis-je dire encore que la fracture dont je vous entretiens rentre dans la classe de celles par pénétration, si bien décrites par M. Voillemier (1)? MM. Demarquay et Broca le pensèrent, mais M. Deville ne partagea point cette opinion.

B. *Luxations.*

Avant de vous parler des luxations proprement dites, j'ai à vous rappeler l'entorse de l'articulation fémoro-tibiale que M. Follin vous envoya (p. 222), et la luxation du bassin que M. Thouvenet vous fit voir, et qui mériterait peut-être mieux le nom de *diastasis*. La symphyse sacro-iliaque gauche était détruite; la droite tenait peu; il était facile de détacher le sacrum: il n'y avait point de fracture.

La symphyse pubienne était rompue; le fibro-cartilage adhérait au pubis droit; les os étaient séparés de deux travers de doigt.

(1) *Mémoire sur les fractures de l'extrémité inférieure du radius* (*Archives générales de médecine*, année 1844, n° de mars, 5^e s. t. 15).

La vessie était déchirée sur sa face postérieure, et l'urine était infiltrée dans différentes parties du bassin. Tous ces accidents étaient dus à un éboulement de terre qui s'était fait sur le malade (p. 29).

— Une seule luxation atloïdo-axoïdienne vous a été montrée : vous la devez à M. Cruveilhier. L'apophyse odontoïde, détachée de l'axis, était venue se placer sur un côté du bulbe rachidien : cette lésion s'était accompagnée successivement de la paralysie des membres, et de celle des organes de la voix et de la déglutition (p. 247.)

— M. Moreau vous a soumis une fausse articulation du coude (p. 216). Était-elle la conséquence d'une fracture de la trochlée ou d'une luxation en dehors de l'humérus, et en dedans de l'avant-bras sur le bras ? Vous auriez résolu peut-être cette question d'une manière positive, si M. Moreau vous eût communiqué plus tard, conformément aux vœux de M. Deville, l'état des surfaces articulaires, leur forme, leurs rapports.

— Dans une luxation latérale interne du coude, dont M. Broca vous a décrit avec beaucoup de soin les dispositions anatomiques, le cubitus avait abandonné la trochlée, et le radius avait pris sa place (p. 272.)

Les ligaments latéraux et le ligament annulaire avaient disparu. Une nouvelle capsule fibreuse unissait l'humérus au radius, et le radius au cubitus. Il n'existait ni traces de fracture, ni traces de lésion de la peau. Il s'agissait là, suivant M. Broca, d'une *luxation incomplète*.

M. Deville s'éleva contre cette expression de *luxation incomplète*, et il cita plusieurs exemples pour démontrer que la luxation était complète toutes les fois que les surfaces articulaires avaient cessé de se correspondre. Les mots : luxation demi-latérale interne, luxation demi-latérale externe, prendraient avantageusement pour lui la place de ceux dont s'était servi M. Broca.

Faisant allusion à cette même pièce, M. Deville vous a expliqué la manière dont il comprenait le mécanisme de la luxation, et il vous a dit en même temps que, si les parties molles n'avaient pas été déchirées, il fallait l'attribuer au peu de distension qu'elles avaient éprouvée lors de la luxation.

C'était ici le lieu de vous parler de la luxation de l'avant-bras, dont je vous ai déjà entretenu à l'occasion des fractures, mais je me garderai de répétitions inutiles.

— J'ajoute à toutes ces luxations celle du pied en dehors, compliquée de la fracture de la malléole externe que M. Notta venait d'observer à l'hôpital Saint-Louis (p. 80).

— Après les luxations et les fractures, je dois vous signaler les ankyloses nombreuses que M. Broca trouva sur un vieillard (p. 76).

Le même membre vous a montré une jambe qui était le siège d'un phlegmon diffus. Le tibia était dénudé, le périoste était enflammé : cette membrane avait sécrété de nouvelles fibres osseuses plus nombreuses au centre.

L'inflammation s'étendait au tissu spongieux (p. 119.)

— S'agissait-il aussi d'une inflammation de la substance de l'os dans ces vertèbres cariées que M. Lebert vous a décrites (p. 347), ou bien les surfaces articulaires avaient-elles été enflammées primitivement? M. Lebert se rattachait à la première idée, et M. Deville à la deuxième.

« Le tibia, l'humérus, le fémur, la mâchoire inférieure, sont les os qui paraissent le plus susceptibles de nécrose », a dit Boyer (t. III, p. 43). MM. Lemaistre et Broca se sont chargés de vous faire vérifier cette assertion, en vous montrant, l'un (M. Lemaistre, p. 104), une *nécrose de l'os*

maxillaire inférieur ; l'autre (M. Broca, p. 368), une *nécrose de l'humérus et du tibia*.

Sur ce dernier existait encore un sequestre emprisonné par de nouvelles pièces osseuses.

Vous avez vu de plus 1° une tumeur encéphaloïde de la cuisse renfermant des veines dans son intérieur (M. Broca, p. 364).

2° Un ostéo-sarcome du genou M. Houel, (p. 178.)

3° Un enchondrôme occupant les vertèbres sacrées (M. Deville, 16 nov.)

4° Un cancer de l'os des îles, enfin M. Houel, (p. 246.)

7° *Système nerveux.*

Avant d'aborder les maladies les plus intéressantes du système nerveux dont j'ai à vous entretenir, je dois vous rappeler une portion de l'arachnoïde que M. Barth a trouvée très notablement épaissie sur une vieille femme (p. 35), et la pie-mère tout entière considérablement épaissie que M. Bidau a observée sur une femme morte d'une myélite (p. 191).

— M. Cruveilhier vous a cité le fait d'une hémiplegie avec une résolution complète des membres que l'usage de la strychnine avait changée en une contraction forcée des doigts et de l'avant-bras (p. 17). On a trouvé du sang renfermé dans la couche optique, un tissu de cicatrice en dehors de cette couche et du sang dans la protubérance.

— M. Faton vous a fait une communication dont les détails méritent de vous être rappelés.

Un homme tombe de sur un camion à terre; il perd connaissance sur le coup; ses réponses sont lentes; agitation le 4^e jour, pouls lent, apyrexie, contractures, coma, respiration libre et lente; la sensibilité persiste aux membres; insensiblement la respiration s'embarrasse, et la mort arrive.

On ne trouve aucune fracture du crâne; un épanchement

de sang occupe tout le côté droit; il y a du sang aussi dans le tissu du pont de Varole. La partie antérieure du lobe gauche et la partie externe et inférieure du lobe moyen sont ramollies (p. 151).

Je pourrais encore vous citer ici les désordres qu'ont produits sur le système nerveux deux chutes faites sur la tête et une luxation atloïdo-axoïdienne dont MM. Cruveilhier (p. 247), Empis (p. 200), et Foucher (p. 258), vous ont communiqué les observations; mais je ne reviendrai pas sur ces observations dont j'ai parlé à propos des fractures.

— Il me reste à vous signaler quatre faits des plus intéressants: Vous les devez à MM. Duhamel (p. 66), Bouteiller (p. 119), Lemaistre (p. 100), et Bidau, (p. 189).

1° Un homme est sujet à des maux de tête très violents et à des attaques d'épilepsie; il meurt, et l'on trouve sur l'hémisphère gauche un tubercule très volumineux qui se continue, dans l'épaisseur du cerveau, avec un autre tubercule du volume d'une noix. Ce tubercule est entouré de matière cérébrale ramollie; des tubercules existent aussi dans les poumons (Duhamel).

2° Une malade ne peut mouvoir ni le tronc ni les membres. Elle a de la constipation et de l'incontinence d'urine. On n'observe aucune gibbosité sur la colonne vertébrale; la manifestation des symptômes ne remonte qu'à 20 jours.

L'autopsie révèle une destruction des deux tiers supérieurs de la 6^e vertèbre cervicale, et à la hauteur de cette vertèbre comme de la vertèbre superposée un foyer de matière tuberculeuse comprimant la moelle épinière.

Il existe des tubercules sous la plèvre et sous le péritoine, mais on n'en trouve point dans les poumons (Bouteiller).

Cette observation porte donc une nouvelle atteinte à la loi formulée par M. Louis.

3° Il en est de même de l'observation qui va suivre :

Un enfant de 8 ans est reçu à l'hôpital le 20 novembre

1848 avec une paraplégie incomplète. Il a une gibbosité au niveau des quatrième, cinquième et sixième vertèbres dorsales. Quoiqu'on fasse (*cautères, pointes de feu, iodure de potassium, huile de foie de morue*), la maladie s'aggrave, la vessie se paralyse. On administre (le 5 janvier) de la strychnine que suivent de l'engourdissement dans les cuisses, des soubresauts dans les membres inférieurs, des grincements de dents.

On continue quatre jours de suite la strychnine, et on y renonce parce qu'elle détermine plutôt de nouveaux accidents qu'elle n'améliore l'état du malade.

Pourtant 15 jours après, sous l'empire de la volonté, les membres inférieurs se meuvent, la vessie cesse d'être paralysée.

On revient à l'usage de la strychnine; on en augmente la dose; il survient de la commotion dans les membres, de la raideur dans les masséters, des convulsions tétaniques...

Le malade pousse des cris, se plaint de constriction à la gorge et meurt.

On trouve la moelle ramollie, diminuée de calibre, comprimée par un foyer tuberculeux dont elle n'est séparée que par la dure-mère.

De la matière tuberculeuse existe dans les vertèbres voisines, dans la rate et sous le péritoine (Lemaistre.)

4° Enfin, une femme de 21 ans est prise tout-à-coup de douleurs à la partie inférieure du dos et aux genoux; la faiblesse est très grande dans les jambes, la marche, d'abord très difficile est impossible au bout de dix jours; les membres inférieurs sont à peu près insensibles, ils ne peuvent se mouvoir, les pieds sont froids; il y a de la constipation et des urines involontaires.

A l'autopsie, la moelle est ramollie dans une hauteur de huit centimètres, deux travers de doigt au-dessus de la queue de cheval; à l'extrémité inférieure de cette par-

tie ramollie existe un tubercule du volume d'une fève. (Bidau.)

Je n'en finirais pas, Messieurs, si j'avais à vous rappeler tout ce que renferment d'intéressant les observations précédentes.

M. Lepelletier a fait ressortir dans un remarquable rapport (p. 193) le mérite de l'observation de M. Bidau, et dans la discussion qui a suivi la présentation de M. Lemaistre vous avez remarqué que l'anatomie pathologique n'atteindrait pas le but que se sont proposé ses créateurs, si, en même temps qu'elle nous apprend à distinguer les maladies les unes des autres, elle ne nous apprenait pas l'opportunité des remèdes.

En effet, les exemples que vous ont fournis les deux pièces provenant des services de MM. Cruveilhier et Guersant, seront toujours présents à votre souvenir pour vous apprendre que ce n'est point l'hémiplégie ou la paralysie qui doivent être l'indication de tel remède ou de tel autre, mais bien qu'il faut avoir en vue les causes de la paralysie ou de l'hémiplégie, faute de quoi l'on peut compromettre à la fois la science et les malades.

8° *Système digestif.*

Si l'on vous a rendus témoins l'année dernière des désordres qu'avaient produits sur le tube digestif des lésions traumatiques, et si l'on vous a fait constater des perforations intestinales, ce sont presque exclusivement des cancers de l'œsophage et de l'estomac, joints à des éruptions folliculeuses qu'on vous a présentés cette année. — Vous savez assez combien sont rares les perforations de la trachée pour avoir prêté quelque attention à celle qu'a mise sous vos yeux M. Boullard (p. 282), elle communiquait avec l'œsophage. Les aliments s'engageaient dans le conduit aérien, la sonde œsophagienne y pénétrait aussi. C'est à

ces causes qu'il faut attribuer sans doute les suffocations qu'éprouvait alors la malade.

— M. Potain vous a fait apporter de la Salpêtrière un cancer de l'œsophage qui occupait surtout la couche musculuse (p. 323), la malade, âgée de 86 ans, avait une couleur jaune paille; elle avait eu de l'anorexie, des vomissements dans l'intervalle des repas, mais point de regurgitation immédiate.

— Vous devez à M. Duhamel un squirrhe de l'estomac qui s'étendait aux épiploons gastro-hépatique et gastro-splénique, au mésentère et au tissu cellulaire qui unit le péritoine au diaphragme (p. 81), et à M. Barth un polype de l'estomac qui paraissait formé par du tissu érectile (p. 47), et une encéphaloïde qui occupait une grande partie de l'estomac. Il existait dans ce dernier cas un retrécissement considérable près du pylore; la malade avait rendu par les vomissements un liquide noirâtre (p. 35).

— Pour vous prouver combien quelques médecins s'étaient égarés, en prétendant que l'existence du cancer excluait celle des tubercules, M. Boulland a mis sous vos yeux les poumons tuberculeux d'un individu qui avait succombé à une tumeur encéphaloïde ulcérée qui avait son siège au voisinage du pylore (p. 74), MM. Battemberg et Broca vous ont signalé des faits analogues (p. 75).

— Deux cas de hernie du tube digestif vous ont été soumis: l'une de ces hernies s'était produite à travers le canal inguinal où elle s'était étranglée par le collet du sac (p. 20), l'autre s'était étranglée à l'anneau crural et avait été suivie d'un anus contre nature (p. 228). La première dont les dé-

(1) Voyez les *Bulletins* de 1848 (p. 41 et suiv.); *Observation et rapport*.

tails vous ont été donnés par M. Narbonne avait été précédée de constipation, de coliques et de vomissements; la seconde vous a été présentée par M. Mailly qui l'a accompagnée d'une description si complète qu'elle perdrait à être résumée.

— Vous avez entendu la communication de M. Demarquay, relativement à une hernie graisseuse excessivement rare qui s'était produite à travers une éraillure du ligament de Gimbernat. Le grand épiploon n'était pour rien dans cette hernie qui se continuait par un petit pédicule avec le tissu cellulo-graisseux qui se continue lui-même en dehors du péritoine.

— Vous regretterez sans doute, Messieurs, que la violence avec laquelle a sévi le choléra dans le mois de juin vous ait empêchés de vous réunir pour étudier avec tout le soin dont vous êtes capables, les lésions organiques que l'on rencontre sur les individus que le choléra faisait mourir. Cependant, M. Bouteiller vous a montré l'intestin grêle d'un homme qui avait succombé à cette affection. On voyait sur cet intestin des petits corps blancs, opaques, contenant une matière spéciale assez semblable à la matière cholérique, semblable aussi à du mucus épaissi. Il a pensé que c'était là une altération spéciale des follicules isolés qui sont malades dans la fièvre typhoïde, mais d'une manière différente.

Sur ce même sujet, les plaques de Peyer étaient boursoufflées, blanches, opaques, semblables à celles de chaque point psorentérique. Aucune de ces plaques n'était altérée comme dans la fièvre typhoïde (p. 98.) M. Houel a profité de cette occasion pour vous montrer l'intestin de l'artilleur qui avait succombé si rapidement à l'Hôtel-de-Ville, intestin qui présentait dans toute son étendue une éruption excessivement confluyente (*ibid*).

— Ai-je besoin de vous rappeler toutes les lésions que

rencontra M. Leudet dans le tube digestif d'un individu qui mourut subitement, sans avoir éprouvé autre chose que de la céphalalgie ? MM. Leudet et Broca ont cru qu'il s'agissait du choléra. MM. Barth et Lebert n'ont point adopté cette opinion. L'idée d'une fièvre typhoïde latente leur a souri davantage. M. Lebert avait déjà vu dans un cas de fièvre typhoïde latente un engorgement des follicules agminés et isolés semblable à celui qu'on lui produisait. M. Marmy avait fait la même observation sur un homme mort subitement dans la convalescence d'une fièvre typhoïde et sur des individus morts des blessures de juin (p. 324).

—S'il était nécessaire de vous citer d'autres observations pour démontrer combien il est parfois difficile de juger de la nature de la maladie qui a existé, je vous rappellerais celle que M. Macquet vous a communiquée (p. 78).

Il avait existé pendant la vie des signes suffisants pour faire croire à une fièvre typhoïde; on avait constaté après la mort un engorgement de quelques ganglions mésentériques, on avait même reconnu dans l'intestin grêle quelques plaques qui avaient été ulcérées, et cependant M. Barth éleva quelques doutes sur la nature de la maladie que venait d'annoncer M. Macquet.

—Celui-ci ne s'est point découragé, car il vous a communiqué plus tard l'observation d'une fièvre typhoïde confirmée surtout par l'hypertrophie des ganglions mésentériques et par l'ulcération de cinq à six plaques de l'intestin grêle (p. 285).

—Je vais terminer cet article par l'énumération des maladies que l'on vous a fait constater sur la majeure partie des organes annexes du tube digestif.

—M. Demarquay vous a cité un exemple remarquable du changement de position qu'avait subi le foie sur un homme âgé d'environ 40 ans. La face inférieure de cet organe était

devenue supérieure, et la vésicule du fiel répondait, par cela même, aux parois de l'abdomen. Des adhérences unissaient le muscle diaphragme à toute la face supérieure du foie (p. 21).

— M. Barth vous a démontré l'effet de la compression du corset sur une vésicule qui offrait un étranglement au dessous du rebord des côtes (p. 350).

— Sur un foie que vous a présenté M. Gubler, vous avez distingué comme lui des granulations qui apparaissaient surtout à la surface, et un tissu fibreux moins développé que dans la cirrhose (p. 38).

Vous avez vu de plus dans la vésicule, les orifices des follicules de la membrane muqueuse dont M. Richard vous a fait ressortir l'analogie avec les follicules de l'estomac.

— Sur un autre foie qui provenait d'un homme mort avec les accidents tertiaires de la syphilis, M. Gubler vous a fait encore remarquer un grand nombre de granulations jaunes; et il s'est demandé si elles se rattachaient à la syphilis elle-même (p. 66)?

— Vous n'avez pas su décider de quelle nature étaient les granulations que M. Demarquay avait constatées sur plusieurs points de la surface d'un autre foie (p. 361).

Vous avez pu voir dans celui d'un individu qui était mort du choléra, un kyste hydatique du volume d'une orange. Ce kyste contenait un liquide incolore, et 100 à 150 petits kystes renfermant eux-mêmes un liquide analogue au précédent (Bouteiller, p. 82).

— J'ai besoin de vous rappeler, quoiqu'ils soient, sans doute, présents encore à votre souvenir, le cancer du foie et de la vésicule du fiel compliqué de calculs biliaires que vous apporta M. Ripoll (p. 359), et cette hypertrophie de la rate avec apoplexie, que notre honorable président vous a montrée en vous disant que ces lésions

organiques avaient existé sans fièvre intermittente.

9. *Système génito-urinaire.*

Parmi les maladies de l'utérus qui ont été soumises à votre observation se trouve un polype muqueux (p. 66), que M. Barth avait considéré comme une simple production polypiforme formée par un caillot sanguin (p. 47).

MM. Duhamel et Bouteiller (p. 81), Rieux (p. 19) et Barth (p. 326) vous ont montré chacun une tumeur fibreuse de l'utérus; celle de M. Duhamel avait le volume de la tête d'un fœtus à terme, celle de M. Bouteiller ressemblait à l'utérus parvenu au 8^e mois de la grossesse. Les tumeurs de MM. Duhamel, Barth et Rieux étaient compliquées: la première d'un polype muqueux et les deux autres de kystes de l'ovaire. Je vous ai cité moi-même un de ces kystes qui coïncidait avec des tubercules pulmonaires (p. 223); mais vous en avez aussi des exemples à MM. Denucé (p. 45), Mailly (p. 147) et Cruveilhier (p. 202).

Toutes ces présentations vous ont démontré que la division des kystes établie, d'après la nature des liquides qu'ils contiennent ou d'après la texture de leurs parois, n'était point naturelle puisque des enveloppes de texture identique pouvaient, comme l'a dit M. Bégin (1), renfermer des produits différents (Mailly) et que ces enveloppes étaient susceptibles de subir toutes sortes d'altérations (Barth).

Quelques mots vous ont été dits relativement au traitement des kystes ovariens. Au cas de mort survenue assez rapidement sur la malade à laquelle faisait allusion M. Cruveilhier, M. Bouteiller a opposé le fait d'une autre malade qui venait de quitter l'hôpital après avoir subi la ponction pour la 24^e fois.

— Parmi les maladies que la grossesse entraîne trop sou-

(1) Art. Kyste, du *Dictionnaire de Médecine*, en 15 volumes.

vent à sa suite, vous avez remarqué une fistule vésico-vaginale et vagino-rectale qu'avait déterminée la tête d'un enfant demeurée trop longtemps au passage (p. 71). M. Notta, qui vous a communiqué cette observation, vous en a donné tous les détails avec un soin extrême. M. Blondeau vous a fait voir les symphises des pubis écartées sur le bassin d'une femme récemment accouchée. Cette lésion était accompagnée d'un cancer du corps de l'utérus (p. 42).

— M. Blot vous a rendu témoins des lésions anatomiques que la maladie décrite sous le nom de fièvre puerpérale avait amenées si rapidement, que l'on avait cru d'abord à un épanchement cérébral, ou à quelque hémorrhagie de l'une des deux autres cavités splanchniques, comme cause d'une mort aussi prompte (p. 12). Cette communication a soulevé au sein de la société une discussion à laquelle ont pris part avec M. Blot, MM. Cruveilhier et Depaul, et de laquelle il est ressorti pour vous ce fait important, savoir : que la contagion pouvait avoir lieu non seulement au moyen de l'air chargé de miasmes putrides, mais encore par ce que les accoucheurs pratiquent le toucher après avoir fait l'autopsie de femmes mortes de fièvres dites puerpérales (p. 15).

Je ne dois pas omettre ici le fait d'une sage-femme sur le cadavre de laquelle M. Depaul trouva toutes les lésions que l'on rencontre sur les femmes mortes dans l'état puerpéral.

Cette sage-femme avait contracté le germe de sa maladie en nettoyant une nouvelle accouchée (p. 16).

J'arrive des organes génitaux de la femme aux organes génito-urinaires de l'homme; et je vous signale en passant :

1° L'atrophie des organes génitaux rencontrée par M. Broca sur un adulte dont le larynx avait à peu près les dimensions de celui de la femme (p. 99);

2° L'oblitération du conduit déferent trouvée sur un nouveau né par M. Gubler (p. 74);

3° L'hyperthrophie du lobe moyen de la prostate présentée par M. Broca (p. 18);

4° Le cancer de la verge que M. Notta vous fit voir et qu'il compara au cancer épithélial de la lèvre inférieure (p. 120 et 147);

5° Enfin, une tumeur encéphaloïde d'un testicule sur lequel M. Letrzerant vous montra la tunique albuginée très distendue, sans avoir rien perdu de son épaisseur (p. 348).

— M. Duhamel a appelé votre attention sur une double hydrocèle ancienne accompagnée d'un épaississement des parois de chaque tunique vaginale dont l'une contenait une substance molle ayant l'aspect de la matière du mélicéris (p. 206).

— M. Bouteiller vous a fait voir une tumeur du petit bassin dont il ne lui a pas été possible de savoir l'origine (p. 149).

— Et M. Leudet vous a montré des abcès multiples dans un rein provenant d'une jeune femme morte après avoir manifesté les signes les plus évidents du choléra et des tubercules pulmonaires (p. 243).

Cette observation a été remarquable par une éruption érythémato-papuleuse, qui a disparu au bout de six jours; et par un abcès de la région sous-hyoidienne, qui s'est ouvert dans les voies aériennes (p. 243).

— Vous devez à M. Blondeau un cas de tumeurs hydatiques qui remplissaient tout le petit bassin. Elles avaient comprimé et soulevé à ce point la vessie, qu'elles avaient mis obstacle au catéthérisme pendant la vie.

Une ponction hypogastrique, faite pour vider la vessie, fut suivie de la mort (p. 19).

— La mort suivit aussi quelques opérations de lithotritie faites sur un adulte qui urinait avec difficulté (p. 46), et

l'opération de la taille pratiquée sur un enfant de trois ans et demi (p. 70).

On ne trouva rien chez ce dernier pour expliquer la mort. On l'avait soumis seulement aux inhalations du chloroforme.

Au contraire, on trouva chez l'adulte la vessie remplie de pus, des calculs de phosphate de chaux, une hypertrophie de la prostate, et des abcès dans les deux reins.

La première de ces observations est encore de M. Blondeau, la deuxième est de M. Lemaistre.

— Puisque je viens de vous parler de calculs vésicaux, je dois vous mentionner encore les graviers d'acide urique recueillis par M. Caudmont sur deux hommes soumis à la lithotritie. M. Caudmont a saisi cette occasion pour vous dire que la gravelle la plus fréquente était celle d'acide urique, et qu'on était fort exposé à avoir la pierre dès lors qu'on avait la gravelle (p. 44). La seule différence existant entre la gravelle et les affections calculeuses, consiste, vous a répété M. Caudmont, dans le volume des graviers. (Voyez le tome 22 de nos *Bulletins*, p. 360).

— Vous devez à M. Lebert, qui a déjà pris un rang si honorable dans la science, un travail consciencieux sur l'hypertrophie partielle de la glande mammaire (1).

Vous avez apprécié tous l'importance de ce travail au point de vue du diagnostic différentiel des maladies du sein, et vous avez donné votre assentiment aux conclusions favorables de M. Broca. Vous constatarez, en relisant dans vos bulletins le mémoire de M. Lebert et le rapport qui le suit, que je ne pouvais pas entrer ici dans de plus longs détails.

10. *Système circulatoire.*

Il arrive si rarement qu'on vous présente des varices que vous avez vu avec plaisir celles que vous a montrées

(1) Voyez ce travail dans le tome 23 de nos *Bulletins*.

M. Broca. Il s'agissait des veines superficielles de la jambe (p. 364); ce sont avec les veines de la cuisse, celles qui deviennent le plus fréquemment variqueuses.

Vous avez pu remarquer autour de quelques unes de ces veines des productions fibreuses qui les unissaient plus intimement avec les parties circonvoisines. Est-ce à ces productions qu'on a fait allusion, quand on a parlé de l'induration du tissu cellulaire environnant les veines variqueuses ?

Il existe, vous le savez, des veines dilatées sans changement d'épaisseur de leurs parois. Celles dont je viens de vous entretenir étaient dans ce cas.

— On vous a fait voir trois exemples de concrétions calcaires développées dans les ligaments larges de l'utérus (Barth p. 352; Dufour p. 323; voy. *infra* l'obs. de M. Foucher), et je vous en signalerai bientôt un 4^e où des produits ossiformes ont été trouvés dans une artère fémorale.

— Revenant sur les propositions qu'avait formulées devant vous à une autre époque, M. Courtin (voyez le tome 23 de nos *Bulletins*, p. 265 et suiv.) touchant la fragilité des artères, M. Botrel vous a présenté une artère tibiale qu'on avait trouvée baignant dans du pus et qu'on avait liée cependant avec beaucoup de force sans déchirer sa membrane externe (p. 72). M. Botrel a conclu de ce fait que l'artérite n'était pas une contre-indication aux ligatures. MM. Cruveilhier, Devillé, Blondeau, Gubler et Macquet ont combattu cette manière de voir. M. Broca, qui s'associait à ces idées, a fait ressortir de plus les différences existant entre les artères prisées sur les cadavres et celles qui devaient subir incessamment le choc du sang et la dilatation.

Sous l'influence de ces deux causes, vous a-t-il dit, les artères se rompent et l'hémorrhagie se produit. C'était l'avis de Dupuytren et de Bichat, c'est aussi celui de M. Cruveilhier.

—Puisque j'en suis aux artères des membres, permettez-moi de placer ici deux faits intéressants de gangrène spontanée que vous devez à M. Foucher (p. 137) et M. Pierre (p. 334).

La cause de la gangrène est évidente dans le premier cas où l'artère fémorale se laisse à peine traverser par un stylet obstruée qu'elle est par des points d'ossification qui dépassent de 15 centimètres l'anneau du troisième adducteur, mais elle ne l'est pas moins dans le second cas où l'autopsie révèle la présence d'un caillot solide, dense, adhérent dans l'artère aorte, deux pouces au-dessus de sa bifurcation et dans les artères iliaque, primitive droite, hypogastrique, fémorale, poplitée, etc., Le malade de M. Foucher accuse des douleurs dans le côté gauche, deux jours après, le gros orteil est tuméfié et violacé, la tuméfaction s'étend au pied le 3^e jour, le bas de la jambe est sensible, et dix jours après l'entrée du malade à Bicêtre, les orteils sont déjà desséchés, noirs et racornis.

La maladie s'aggrave et s'étend de bas en haut, la mort arrive avant le troisième septennaire.

Le malade de M. Pierre éprouve comme l'autre une douleur vive dans le membre inférieur droit, c'est dans les articulations du pied qu'elle a d'abord son siège ; mais elle s'élève bientôt.

Au 8^e jour, une tache gangréneuse se montre au gros orteil puis la gangrène s'étend insensiblement jusqu'à la rotule, et la mort arrive assez promptement.

Ne voyez-vous pas là des causes différentes par leur nature ayant produit pourtant les mêmes accidents, pour avoir intercepté plus ou moins la circulation du sang dans les artères ?

Vous n'avez point recherché la source des concrétions ossiformes ; mais quelques uns d'entre vous, et en particulier, MM. Barth, Broca et le présentateur lui-même, ont

attribué la formation du caillot adhérent à la présence d'une aiguille qui traversait le ventricule gauche.

Un anévrysme des plus rares nous a été soumis par MM. Barth et Potain (p. 348); il était formé par l'artère carotide interne, au moment où cette artère fournit la communicante postérieure. Cet anévrysme déprimait le nerf moteur oculaire commun, et paralysait le muscle petit oblique et les muscles droits interne et inférieur. Il y avait strabisme de l'œil en dehors et un peu en haut; sa guérison était sans aucun doute, au-dessus des ressources de l'art.

— MM. Archambault, Follin et Cruveilhier vous ont apporté chacun un anévrysme *mixte externe*.

Nous avons été privés de renseignements sur celui de M. Follin (350); mais l'observation de M. Archambault vous a appris que des bruits anormaux (frémissement calaire, bruit de souffle), pouvaient manquer dans les cas de déchirure de la tunique interne et de la tunique moyenne.

Dans cette observation, en effet, il y avait deux ouvertures distinctes, faisant communiquer l'intérieur de l'aorte avec deux poches formées par la tunique celluleuse. Il existait, en outre, une dilatation générale de la crosse, et cette variété de l'anévrysme que Laennec appelait *disséquant*. Cette dissection occupait toute l'étendue de la crosse de l'aorte; elle s'étendait, dans l'observation de M. Cruveilhier au tronc innominé, et coïncidait, dans les deux cas, avec une déchirure de l'aorte et de la tunique séreuse du péricarde. Cette membrane était distendue par une assez grande quantité de sang. La mort avait-elle suivi de près cette rupture dans le fait de M. Follin? Elle était survenue presque subitement dans celui de M. Cruveilhier. Il en était arrivé de même chez un malade qu'avait observé Lancisi, comme on en peut juger par les détails qu'a donnés Freind sur cette observation (*Histoire de la Médecine*, 1^{re} partie, p. 105.).

— Le fait du développement des organes creux, en arrière du rétrécissement, est tellement connu, que vous avez vu, sans en être étonnés, une dilatation de l'oreillette gauche coïncidant avec un rétrécissement de la valvule mitrale.

— Parmi les faits rares qu'il vous ait été donné de voir, entre beaucoup d'autres, je vous rappellerai celui de M. Deville, consistant dans des dépôts crétacés, si abondants dans l'auricule droite qu'elle ne pouvait revenir sur elle même. Elle avait la forme d'un bonnet phrygien (p. 363).

Ce fait, de M. Deville, paraît ressembler à celui que Weber avait observé. Cet auteur dit positivement avoir vu l'oreillette droite entièrement pétrifiée (Cital. de Cruveilhier dans l'*Anatomie pathologique*, 1816.).

— Un seul cas d'adhérence complète du péricarde au cœur a été mis sous vos yeux par M. Broca (p. 81). Cette pièce anatomique ayant été trouvée sur un cadavre, je ne puis vous dire la part qu'a prise cette adhérence à la mort du malade.

— Une hypertrophie du cœur, compliquée d'un épanchement péricardique avec fausses membranes non adhérentes, vous a été montrée par M. Macquet (p. 248).

Réfléchissez à cette hypertrophie, qu'on a mise trop souvent sous l'influence de la péricardite adhésive.

Remarquez aussi que, dans le fait que je vous signale, il se produisait un bruit de frôlement correspondant à la région du cœur.

— Un dernier mot maintenant sur les bruits de souffle qu'on vous a signalés comme ayant existé sur des individus dont les valvules auriculo-ventriculaires vous ont paru malades.

— On vous a communiqué deux observations d'insuffi-

sance auriculo-ventriculaire accompagnée d'hypertrophie du cœur.

Dans l'une, dont M. Macquet est l'auteur (p. 249), il existait, au niveau de la pointe du cœur et au premier temps, un bruit de souffle rude, râpeux, qui précédait immédiatement le deuxième bruit cardiaque.

Dans l'autre, qu'avait recueillie M. Richard (p. 332), un bruit de souffle existait aussi au premier temps, mais les valvules auriculo-ventriculaires n'étaient pas seules malades; l'artère aorte était rétrécie à son origine: on pouvait donc expliquer, par les altérations des valvules et de l'aorte, la production du bruit de souffle. Restait une difficulté, car un autre bruit de souffle se produisait au second temps.

Ne pouvait-il pas, disait M. Richard, s'expliquer par un rétrécissement relatif de l'aorte? Ce rétrécissement ne pouvait pas être démontré après la mort; mais n'avait-il pas existé d'une manière relative pendant la vie? M. Richard le crut, et, à cette occasion, M. Deville souleva la question de savoir si, dans quelques cas, on ne pouvait pas considérer les orifices du cœur comme rétrécis, lorsqu'ils n'étaient pas en rapport avec la capacité des cavités du cœur.

Je soutins, avec M. Deville, cette manière de voir, et je vous exposai comment je comprenais que des bruits anormaux, et en particulier des bruits de souffle, se produisaient dans certains cas de pléthore aqueuse et de pléthore dite sanguine (p. 333.).

—S'il est vrai de dire que les insuffisances auriculo-ventriculaires se traduisent parfois par des bruits anormaux, il est vrai de dire aussi que ces altérations organiques peuvent exister sans qu'on ait pu saisir des bruits anormaux pendant la vie.

—L'observation que M. Bouteiller vous a communiquée dans la séance du 9 février (p. 41), démontre qu'il n'y a pas un rapport constant entre un bruit anormal et une insuffisance auriculo-ventriculaire.

Il existait dans la valvule mitrale des indurations ossiformes très volumineuses.

Le malade de qui provenait cette pièce avait eu, à différentes reprises, des rhumatismes articulaires. Cette observation rentrait donc dans la loi formulée par M. Bouillaud.

On aurait pu nier pendant la vie cette coïncidence que l'on a vu manquer, chose bizarre, dans des cas où des bruits de souffle avaient existé.

—A quelle cause rapporterez-vous ce *bruit de pialement* bien caractérisé, ayant son summum d'intensité à la pointe du cœur, que vous a signalé M. Macquet? (p. 79). On trouva des concrétions de fibrine dans l'oreillette droite, et une des lames de la valvule tricuspide épaisse, adhérente, recouverte d'un caillot, et renfermant des concrétions.

—A quelle cause rattacherez-vous, enfin, ce *tintement métallique argentin*, que M. Macquet encore perçu dans la systole, au niveau de l'orifice de l'aorte? La mort vous a révélé, outre l'hypertrophie du cœur dont je vous ai parlé, des valvules aortiques hypertrophiées, criant sous le scalpel, une insuffisance mitrale, et enfin la présence d'un caillot de sang dans l'oreillette gauche (p. 250).

11° *Système respiratoire.*

J'arrive aux maladies de la poitrine. Sous ce rapport, vos bulletins sont riches de faits dont quelques-uns s'observent rarement.

Pour mettre mieux en lumière ce que vous a présenté de remarquable chacun de ces faits, je séparerai les états pathologiques de la pleùve de ceux qui se rattachent aux organes de la respiration.

Pleurite circonscrite au sommet du poumon; pleurite diaphragmatique; épanchement de sang dans la cavité de la plèvre; pleurite tuberculeuse; pneumo-thorax communiquant ou non avec les voies de l'air; dilatation des bronches; œdème de la glotte, simple ou compliqué de fausses membranes tubuleuses tapissant entièrement le larynx, la trachée artère et les bronches; gangrène du poumon, etc., n'y a-t-il pas là matière à réflexion? pouviez vous désirer plus de variété, en même temps qu'un choix plus heureux de pièces anatomiques et d'observations? Jugez-en par le résumé qui va suivre :

— C'est M. Deville qui vous a montré l'épanchement pleurétique circonscrit au sommet du poumon (p. 332). M. Barth vous a fait observer que ces sortes d'épanchements étaient ordinairement consécutifs à une inflammation ancienne de la plèvre qu'avaient suivie des adhérences; mais le fait de M. Deville ne pouvait pas s'expliquer par cette cause, puisqu'il n'existait des adhérences que sur les limites de l'épanchement.

— M. Cruveilhier a mis sous vos yeux un exemple de pleurite diaphragmatique accompagnée d'une inflammation du diaphragme et du péritoine sus-hépatique. Cette affection se rencontre assez rarement pour avoir attiré toute votre attention; elle a été parfaitement décrite par l'illustre commentateur de Boerhaave qui a rapproché de ses symptômes les lésions que l'on rencontre après la mort.

On a avancé que les malades atteints de cette pleurésie demeuraient ordinairement assis et se pliaient sur eux-mêmes. M. Cruveilhier n'a pas observé ces signes sur son malade; il vous a dit seulement que la douleur était très vive et que la pression la plus légère exercée sur les muscles intercostaux l'augmentait considérablement (1).

(1) Hippocrate avait déjà fait observer en parlant de cette maladie

M. Blot vous cita un fait semblable au précédent ; il avait trouvé après la mort un foyer purulent dans le péritoine et dans la plèvre.

Je ne reviendrai pas, Messieurs, sur la discussion scientifique qui s'éleva à cette occasion tant sur la nature des douleurs suivant le siège des inflammations, l'organe enflammé, etc., que sur les dénominations qui servaient à désigner chez les Grecs les maladies de la poitrine; ces détails me conduiraient trop loin; qu'il me suffise de vous rappeler que MM. Blot, Gubler, Cruveilhier, Richard prirent part à cette discussion dans laquelle je fis intervenir pour relier ainsi le présent au passé, Arétée, Paul d'Ægine, Alexandre de Tralles, et Van-Swiéten.

— Pour continuer l'énumération des épanchements pleurétiques liquides, je vous rappellerai celui qui vous fut montré par M. Deville et qui était consécutif à une plaie pénétrante de la poitrine (p. 331) Le lobe inférieur du poumon gauche était intéressé à une assez grande profondeur; le sang était coagulé dans les principaux vaisseaux (artériels et veineux) de ce poumon; des mucosités sanguinolentes obstruaient les bronches, et il existait dans la plèvre un énorme caillot de sang.

M. Deville n'a su comment expliquer, sans le concours de l'inflammation, la présence du sang coagulé dans les vaisseaux pulmonaires.

M. Barth s'est demandé à cette occasion, comment se comportaient les épanchements sanguins dans la cavité pleurale; il vous a dit que la sérosité se séparait sans doute du caillot, et qu'elle ne tardait pas à disparaître (p. 331). A l'appui de cette allégation, M. Barth vous a cité une ob-

(*morbos.* lib. 3, caput. 9, chart. t. 7, p. 386) que les malheureux qui en étaient atteints ne sauraient souffrir qu'on les touchât, tant étaient horribles les douleurs qu'ils ressentaient.

servation récemment publiée dans laquelle la matité avait disparu assez rapidement, dans la moitié supérieure de sa hauteur, tandis qu'elle avait persisté dans l'autre moitié.

Permettez-moi de vous faire remarquer, Messieurs, que dans le fait de M. Deville, le caillot s'était déposé dans la partie la plus déclive de la cavité pleurale, en vertu des lois de la pesanteur, et que pareille chose doit avoir lieu pour les épanchements de pus, ou de sérosité.

Permettez-moi de vous dire encore combien ce fait est instructif relativement à la question de la *pneumonite dite traumatique*. L'inflammation du poumon née d'une pareille cause doit-elle ressembler à la pneumonite développée sous l'influence du refroidissement ? la première de ces maladies n'est-elle pas à la seconde ce qu'est une arthrite traumatique à une arthrite dite *rhumatismale* ?

Vous savez d'ailleurs combien sont rares les pneumonites traumatiques. On ne vous en a pas montré une seule dans le cours de l'année. Vous n'avez pas même vu la plus légère trace d'inflammation dans le cas de gangrène pulmonaire que vous devez à M. Firmin (p. 359), et cette gangrène cependant était survenue à la suite d'une chute faite sur le dos. Je reviendrai bientôt sur cette observation.

—Un cas de pleurésie tuberculeuse avec des petits grains tuberculeux déposés dans le tissu cellulaire sous pleural vous a été soumis par M. Macquet (p. 248). Le malade avait eu une pleurésie du sommet accompagnée d'un bruit de frottement, et dix mois après, ce bruit de frottement existait encore.

Rapporterez-vous aux tubercules sous-pleuraux ou bien aux fausses membranes peu adhérentes existant dans les deux côtés, le bruit anormal que je viens de vous signaler ? Je ne voudrais pas répondre d'une manière absolue à cette question ; mais je ne saurais oublier que M. Fournet a

observé le bruit de frottement pleurétique chez un malade dont les seules inégalités que présentait à sa surface une fausse membrane étaient constituées par une infinité de petites granulations tuberculeuses (p. 216).

Nous devons nous souvenir aussi qu'on cite dans les livres classiques, comme exceptionnel, un cas de pleurésie simple dans lequel M. Andral avait entendu pendant trois mois de suite le bruit de frottement.

Espérons que la société anatomique s'efforcera d'apporter dans cette question symptomatologique quelque éclaircissement.

— Elle l'a déjà fait cette année-ci pour ce qui a trait au diagnostic de certaines maladies des poumons et de la plèvre, par le tintement métallique dévoilé par l'auscultation.

— Un malade dont la plèvre contenait un mélange de gaz et de liquide, avait présenté, pendant la vie, un tintement métallique. M. Bouteiller reproduisit ce tintement sur le cadavre en insufflant de l'air dans les poumons. Il ouvrit ensuite la poitrine, et il trouva, bien au dessus du niveau de l'épanchement, la plèvre perforée et en même temps décollée dans une certaine étendue, tout autour de la perforation.

M. Bouteiller conclut de ces dispositions anatomiques que le tintement métallique devait être rapporté, dans le cas présent au moins, aux vibrations de la membrane décollée (p. 150).

— M. Cruveilhier appuya cette manière de voir, en citant une observation de vaste caverne pulmonaire qui était le siège d'un son argentin, de clochette, et qui fut trouvée, après la mort, communiquant avec une bronche dont un des bords entraînait en vibration (1) (p. 151).

(1) « Dans quelques cas où les excavations sont très considérables, dit M. Bouillaud, (*Nosogr. médi.* t. 2, p. 580) on entend pendant les

— Je vous ai moi-même communiqué également le fait d'une vaste caverne au niveau de laquelle on n'avait jamais pu saisir le tintement métallique, tandis que la voix et la respiration étaient amphoriques, à timbre métallique très prononcé par intervalles. La caverne communiquait cependant avec les bronches, puisqu'elle avait donné lieu, par la percussion faite sur le cadavre, à la production d'un bruit métallique très clair (p. 279).

— Enfin, je vous ai cité, pour servir à l'histoire de l'auscultation dans les maladies de la poitrine, un exemple d'aéro-pleurie (pneumo-thorax). Avec absence de murmure vésiculaire, de voix amphorique et de tintement métallique, tandis que la voix et la toux avaient ce dernier caractère chez un individu atteint de tubercules, et dont la plèvre ne fut pas trouvée perforée.

N'y a-t-il pas dans ce dernier fait, Messieurs, de quoi donner en partie raison, comme je vous le disais dans la séance du 24 août, à M. Skoda, touchant le phénomène qu'il désigne sous le nom de consonnance ?

Je livre ces faits à votre méditation; ils vous démontrent :

1° Que le tintement métallique s'est produit aussi bien dans une aéro-pleurie communiquant avec les bronches, qu'avec une caverne pulmonaire s'ouvrant aussi dans les conduits de l'air;

fortes inspirations et expirations, mais surtout pendant la toux, un *tintement métallique* tout-à-fait semblable à celui qui se rencontre dans les cas où la cavité de la plèvre communique avec les bronches.» Laennec admet aussi la possibilité de la production du *bruit de tintement métallique* dans les cavernes pulmonaires en communication avec les bronches; mais il pense que ce tintement n'aura pas lieu, si la caverne ne renferme point ou presque point de matière liquide. Dans ce cas, ajoute-t-il, la voix, la toux et la respiration seront accompagnées de la résonnance amphorique. (*auscul. medi*, t. 2, p. 209).

2° Que la respiration et la voix amphoriques, à timbre métallique, ont existé seules dans un cas de vaste caverne également en communication avec les bronches;

3° Enfin, que la voix et que la toux ont retenti dans la poitrine avec un timbre métallique dans un cas d'aéropleurie coïncidant avec des tubercules pulmonaires, mais ne présentant point, après la mort de fistule broncho-pleurale.

— Puisque je viens de vous parler, à propos d'un phénomène stéthoscopique, de pneumothorax et de cavernes tuberculeuses, permettez-moi de rappeler à votre souvenir une caverne d'une autre nature qui fut la conséquence d'une gangrène du poumon et qui ne fut le siège que d'une respiration caverneuse et de râle à grosses bulles. Je vous l'ai déjà dit, cette gangrène ne pouvait se rapporter qu'à l'action d'une cause traumatique. On n'avait observé d'abord que des phénomènes de bronchite avec un peu de toux et de douleur; — il n'y avait ni crépitation pulmonaire, ni fièvre. — On s'était borné à une application de ventouses et à une émission sanguine générale.

J'entre dans ces détails parce que les cas de gangrène pulmonaire sont rares, et qu'il n'est pas encore démontré pour tout le monde que cette maladie puisse se développer d'elle-même à la manière de l'anthrax et du charbon. Laennec la considérait plutôt comme la cause de l'inflammation pulmonaire que comme l'effet de cette inflammation. Le cas dont je vous entretiens en ce moment, et que vous devez à M. Firmin, donne raison à Laennec. En effet, M. Firmin, qui revoit la malade peu de temps après le premier traitement qu'elle a subi, ne constate pas plus que la première fois des signes de pneumonite; elle tousse toujours, elle a de l'oppression qui augmente sans cesse; elle éprouve des hémoptisies successives; elle rend des cra-

chats brunâtres qui répandent une odeur fétide ; son haleine est fétide également.

Le poumon malade est le siège d'une matité étendue et d'un bruit de souffle mélangé à de gros râles. Insensiblement ce souffle prend un caractère caverneux, et la malade ne tarde pas à succomber.

On trouve, à l'autopsie, le poumon adhérent à la paroi thoracique. Il est creusé d'une énorme caverne anfractueuse renfermant du sang noirâtre et des portions du poumon désorganisées.

Rangerez-vous cette observation dans la classe des gangrènes circonscrites ou dans celle des gangrènes diffuses ? Je ne vois pas dans cette division établie par Laënnec (tome 1, p. 580 et suiv.) une grande importance. Elle pouvait paraître légitime à l'auteur de l'*Auscultation médiate* qui avait rencontré peu de gangrènes du poumon ; mais à mesure qu'on en observe davantage, et qu'on rapproche les signes observés pendant la vie des désordres trouvés après la mort, on comprend moins la nécessité d'établir cette division.

Qu'importe, au point de vue pratique, en effet, que la gangrène du poumon soit circonscrite ou non ?

Demandons à l'anatomie pathologique la distinction des lésions organiques entre elles ; mais n'établissons pas trop de formes morbides fondées sur les variétés que présentent ces lésions organiques.

— Si l'on avait imité Laënnec dans l'étude des dilatations bronchiques, on aurait également décrit à part les dilatations existant sans induration pulmonaire, et celles qui se lient à cette induration.

Y a-t-il là de quoi faire deux variétés de dilatations bronchiques ? pourtant celles que l'induration accompagne sont de beaucoup les plus fréquentes.

M. Barth vous en a montré deux exemples dans l'espace

de huit jours (le 23 et le 30 novembre). Ils avaient été observés tous les deux sur de vieilles femmes catarrheuses depuis long-temps. Chez l'une comme chez l'autre, la maladie affectait les lobes supérieurs des poumons qui résonnaient mal à la percussion, et qui étaient le siège de bruits humides à grosses bulles. Si dans un cas on éloignait l'idée des tubercules, on était indécis dans l'autre, où l'amaigrissement joint aux signes physiques venait jeter du doute dans l'esprit.

Je vous prie de remarquer ce que je viens de vous dire des résultats de la percussion pratiquée au niveau des bronches dilatées. Déjà Laënnec avait noté (t. 1, p. 256) que lorsque la totalité d'un poumon était affectée, la résonance était quelquefois moindre que dans l'état naturel, et il attribuait ce phénomène à la compression du tissu pulmonaire.

« D'après notre propre observation, a dit M. Bouillaud, la résonnance est, au contraire plus forte que normalement. » (*Nosographie médicale*, t. 5, p. 581).

Il n'en était pas ainsi, vous venez de le voir, dans les faits que M. Barth vous a communiqués; il n'en était pas ainsi non plus dans celui que M. Clin vous rapporta l'année dernière (1). (*Bulletins de la société anatomique*, t. 23 p. 326).

Donc les cas de dilatation bronchique auxquels fait allusion M. Bouillaud n'étaient pas du même genre que ceux à l'occasion desquels j'entre dans ces détails. Peut-être j'aurais dû vous parler, avant de vous entretenir des observations précédentes, de celles que vous devez à MM. Pitet et Parmentier. Cet ordre eût été plus régulier; mais vous l'auriez trouvé peut-être moins logique.

(1) Femme âgée. — Sonorité très grande du poumon droit. — matité du poumon gauche. — Gros râle. — *A l'autopsie* : poumon droit très développé, recouvrant le cœur; bronches saines; — poumon gauche atrophié; bronches très dilatées. —

— Permettez-moi de vous rappeler en peu de mots les principaux traits de ces observations, qui sont remarquables à plus d'un titre. Je commence par celle de M. Parmentier ; elle a trait à un *œdème de la glotte intercurrent*. La malade est à peine convalescente du choléra, qu'elle éprouve, à minuit, sans cause appréciable, de la *gêne dans l'inspiration et de l'enrouement*. Elle espère rétablir la liberté de la respiration par des efforts de toux ; d'une heure à l'autre les symptômes s'aggravent ; il survient une sensation de froid au col et à la poitrine ; *l'inspiration finit par être bruyante, l'expiration est facile et silencieuse*.

Le doigt fait reconnaître une *infiltration des replis muqueux épiglottiti-arithénoïdiens*.

L'inspiration devient plus bruyante encore, des accès de suffocation se déclarent : il y a cyanose.

On pratique la trachéotomie. La respiration est désormais facile, l'agitation se calme ; mais, trente heures après l'invasion de la dyspnée et de l'enrouement, la mort vient surprendre la malade toujours cyanosée, malgré le retour et la persistance de la liberté de la respiration.

À l'autopsie, on ne trouve plus de cyanose. Les replis épiglottiti-arithénoïdiens se touchent presque ; l'orifice des ventricules du larynx est réduit à une simple fente antéro-postérieure. La membrane muqueuse du larynx est recouverte, au niveau des cordes vocales, d'une fausse membrane peu épaisse : l'arbre aérien est libre.

Ainsi se trouve confirmé, par cette observation, ce que Bayle écrivait touchant l'œdème de la glotte, à savoir : que *l'inspiration était difficile et sifflante ; que l'expiration était toujours facile, et que les accidents revenaient par accès* (Citation de M. Piorry ; *TRAITÉ DE DIAGNOSTIC* ; t. I, p. 414).

S'il fallait de nouveaux faits pour donner encore raison à Bayle, je les trouverais dans maints passages de vos bulletins ; mais je préfère vous citer seulement le fait que

M. Pitet vous fit communiquer par M. Houel : Une femme entre à l'Hôtel-Dieu un mois après la guérison d'une pneumonie. Elle tousse depuis long-temps, son visage est cyanosé, sa respiration est difficile. Elle a depuis cinq semaines un mal de gorge qui augmente, surtout depuis huit jours. Il existe une douleur constante mêlée de prurit au niveau du larynx et du sternum. Cette douleur est augmentée par la toux et la déglutition. On compte, à la minute, quarante-quatre mouvements respiratoires. L'expansion vésiculaire est faible, l'expiration est prolongée. L'entrée comme la sortie de l'air produit, au niveau du larynx, un *sifflement sous forme de râclement*. Le malade rend des mucosités jaunes, mêlées de pellicules blanches.

La toux n'est pas croupale. Quoi qu'on fasse, la respiration continue d'être accélérée, difficile, sifflante. Elle devient entrecoupée, saccadée, stertoreuse. La mort arrive à la suite de forts accès de suffocation.

A l'autopsie, l'on trouve les lésions anatomiques suivantes : Glotte rétrécie, inégale, difforme ; cordes vocales détruites ; replis épiglottico-arithénoldiens œdémateux, racornis ; toute la cavité trachéo-bronchique tapissée par une membrane épaisse qui l'enveloppe entièrement à la manière d'un tube intérieur, inégale à sa face interne, tapissée par du mucus très dense et opaque :

Cette membrane forme un tube unique qui se ramifie dans les bronches.

Qui ne reconnaîtrait, aux symptômes exposés dans cette observation, l'angine laryngée que décrivait Boyer (t. VII, p. 86), et qu'il accusait, lorsqu'elle était portée à un degré considérable, d'intercepter le passage de l'air, et de faire périr le malade par suffocation ?

Qui ne verrait pas, enfin, une analogie frappante entre cette observation et celle qu'ont publiée dans les *Archives* (juillet 1838 ; p. 296) M. Barth et M. Poumet ? Ici, seule-

ment manquaient les symptômes de l'angine laryngée, mais une respiration laborieuse, inégale, extrêmement gênée, avec suffocation, avait coïncidé avec une fausse membrane, qui s'étendait depuis la face inférieure de l'épiglotte jusqu'aux divisions bronchiques du quatrième ordre.

— Permettez-moi de mentionner, à la suite des maladies de la poitrine, une hypertrophie de la glande thyroïde que vous a montrée M. Potain, et une tumeur squirrheuse renfermée dans le médiastin antérieur.

Le goître, vous le savez, est quelquefois borné à une des parties latérales de la glande thyroïde : c'était le cas de celui de M. Potain. De plus, les deux nerfs pneumogastriques étaient augmentés de volume.

M. Broca rapporta cet état au développement du névrilème, une grande quantité de tissu cellulaire existant entre ce névrilème et les filets nerveux qui constituent les nerfs pneumogastriques.

C'est à M. Barth que vous devez la tumeur squirrheuse développée dans le médiastin. Il ne paraît pas qu'elle ait déterminé des bruits de souffle : elle reposait cependant sur la base du cœur, et comprimait, entre autres vaisseaux, l'artère aorte.

Si le squirrhe du pylore est fréquent, s'il attaque le cœcum, le foie, la rate, etc. ; s'il attaque assez communément les testicules, la mamelle, les ovaires, etc., on le voit se développer plus rarement dans le médiastin.

12° FAITS QUI N'ONT PU RENTRER DANS LES GROUPES PRÉCÉDENTS.

Je vous ai dit, en commençant, messieurs, qu'il était certaines communications qu'on vous avait faites que je classerais à part, faute de pouvoir les faire rentrer dans des divisions naturelles.

Parmi ces communications, il en est qui se rapportent à

des maladies générales, tandis que d'autres paraissent se rapporter plutôt à des affections locales.

Parmi ces dernières se trouvent les tumeurs épithéliales de la lèvre inférieure (p. 362), et du talon que vous a présentées M. Broca (p. 75) et celles que M. Blot vous a montrées sur l'amnios de la vache (p. 67).

Vous devez vous souvenir aussi :

1° De la tumeur fibreuse rencontrée par M. Letixérant dans la cavité péritonéale d'un homme (p. 348).

2° Du lypôme sous-cutané (p. 264) et de la tumeur (17 août) trouvés par M. Bouteiller, l'un dans la région lombaire d'un homme, et l'autre dans le cou d'un mouton ;

3° De la tumeur cancéreuse de la région parotidienne que vous a décrite M. Denucé (p. 22).

4° Du phlegmon diffus occupant dans un cas la région cervicale (M. Legrand, p. 162) et dans l'autre la presque totalité des parties molles du cou et de l'isthme du gosier (M. Narbonne p. 167).

Ces sont là autant de faits que je devais vous rappeler.

Mais je ne dois pas moins vous citer encore

Trois observations de *diathèse cancéreuse* que vous devez à MM. Duclos (p. 170) Battemberg (p. 353) et Broca (p. 354).

Deux observations de *diathèse tuberculeuse* que vous ont données M. Lemaistre d'une part (p. 285), M. Bidau de l'autre (p. 189).

Enfin une observation de *diathèse fibro-plastique* que M. Jules Godart a recueillie sur une vieille femme (p. 316.)

Si vous ajoutez à cela : 1° le fait de l'épingle trouvée par M. Broca dans l'appendice iléo-cœcale (p. 364).

2° Celui du tœnia que M. Botrel a vu rendre au moyen d'une décoction de racine fraîche de grenadier (. 148).

3° Celui de la déchirure du diaphragme au travers de laquelle le foie fit hernie consécutivement à une chute faite d'un deuxième étage (M. Blondeau p. 263).

Si vous ajoutez à cela enfin, l'observation de M. Richard sur la manière dont l'éruption scarlatineuse se comporte sur les tissus de cicatrice (p. 210) et les observations de MM. Ripoll (p. 360) et Broca (p. 45) sur les cicatrices anciennes de deux moignons ;

Plus, la description de deux sondes de M. Mercier, destinées l'une à comprimer graduellement le col de la vessie (p. 264), et l'autre à éviter plus sûrement de faire une fausse route, et à franchir plus facilement les obstacles existant au col de la vessie (p. 215).

Vous aurez l'ensemble de tous les faits, de toutes les pièces d'anatomie, de toutes les observations qui vous ont été communiqués, de tous les rapports que vous avez entendus, de toutes les discussions qui se sont élevées au sein de votre société, de toutes les communications qui vous ont été faites.

Messieurs, ma tâche est achevée ; mais je ne suis pas quitte envers vous.

En me donnant le soin de continuer l'œuvre de Lenoir, de Maréchal, de Monod, des Bérard, de Sestié, de Forget, de Chassaignac, de Bell, de Castelneau, de Giraldès et de tant d'autres, vous m'avez fait un honneur dont je ne perdrai jamais le souvenir.

En me permettant d'associer mon nom à tant de noms illustres qui brillent dans vos bulletins, vous m'avez donné presque de l'orgueil.

En me confiant tour à tour enfin les intérêts matériels et moraux de votre société, vous m'avez fait un devoir de la reconnaissance. Elle vous est acquise.

Recevez donc aujourd'hui, Messieurs, pour tant de bienfaits toute ma gratitude, et croyez qu'au milieu de tous les avantages que vous m'avez faits et que j'apprécie bien haut, aucun ne m'est plus cher que votre estime.

ÉLOGE DE F. BLANDIN,

PAR M. MACQUET.

MESSIEURS,

Vous venez d'entendre l'énumération des faits qui ont été présentés à la Société anatomique pendant l'année qui vient de s'écouler ; vous avez pu apprécier la richesse de cette moisson, recueillie à grand'peine au milieu des orages les plus terribles. Après les cruels événements auxquels nous avons assisté, nous éprouvons tous la même joie, le même bonheur ; nous retrouvons nos collègues , nos amis réunis dans cette fête de famille. Faut-il que ce bonheur soit si profondément troublé par les regrets les plus amers, par les souvenirs les plus tristes !

Que de douleur, en effet, dans ce passé ! N'avons-nous pas vu successivement la tombe du maître se former à côté de celle de l'élève ? En prononçant ici les noms de Blandin, de Boudet, de Désir, de Bourseret, Stewart Cooper, Bidant, je suis certain de vous faire partager la pénible émotion de tous ceux qui ont connu ces athlètes intrépides enlevés à l'arène scientifique, dans un âge bien différent, sans doute, mais toujours prématuré. En évoquant ici leur mémoire, rendons hommage à leur courage, à leur persévérance ; si, par leur expérience, leur travaux, nos collègues n'ont pas mérité la même place dans la hiérarchie médicale, nous retrouvons cependant sous la robe du professeur, sous le tablier du chef de clinique, de l'interne, de l'externe des hôpitaux, le même amour de la science, ce feu sacré que la mort seule peut éteindre dans les cœurs généreux.

Vous m'avez confié l'honneur d'écrire une page de l'histoire biographique des membres de la Société anatomique,

vous m'avez confié l'honneur d'inscrire le nom de Blandin à côté de ceux de Dupuytren, de Rolando, de Breschet, d'Auguste Bérard, de Maréchal, de tous ces savants enfin qui, il y a quelques années, exposaient dans cette enceinte les résultats de leurs investigations, qui ont puissamment contribué aux progrès de la science.

Dans des circonstances solennelles, des collègues de Blandin vous ont fait parcourir cette carrière si péniblement commencée, si laborieusement remplie, si inopinément terminée : ils ont esquissé, de leurs savants pinceaux, ces luttes éclatantes, dont le but glorieux est situé au faite de la science ; ils vous ont dit les titres de Blandin, chirurgien du bureau central, agrégé de la Faculté, professeur de médecine opératoire, membre de l'Académie de médecine : le talent du panégyriste répondait à la grandeur d'un tel sujet.

Permettez-moi, Messieurs, d'abandonner ces régions élevées du monde scientifique, et de vous rappeler quels furent les premiers travaux de Blandin qui marquèrent la place élevée qu'il devait occuper dans les annales de la science.

Blandin, dès son début dans la carrière médicale, sut résister à cet enthousiasme qui entraîne trop souvent une imagination jeune et ardente dans le domaine de la spéculation, où l'esprit, impatient de découvrir la vérité, crée des hypothèses pour expliquer ces phénomènes que la nature oppose sans cesse aux efforts de l'intelligence. Interne des hôpitaux, Blandin avait assisté à cette révolution préparée par les travaux de Harvey, de Haller, de Morgagni, et accomplie par ces génies qui apparaissent à certains siècles, génies destructeurs, qui anéantissent tous ces systèmes, toutes ces conceptions de l'imagination ; génies créateurs, qui, généralisant les faits recueillis par l'observation, formulent des lois, et font jaillir la lumière de la

vérité au milieu de l'obscurité de l'erreur. En prenant le titre d'anatomique et de physiologique, la médecine avait conquis le droit de prendre rang parmi les sciences physiques : Blandin suivit le mouvement de son siècle ; et il appliqua toute son attention à l'étude des fonctions et de la structure des organes.

Vous savez, Messieurs, quelles furent ses découvertes en anatomie, en physiologie : Blandin possédait au plus haut degré cet esprit d'observation, cette patience pleine d'activité et d'énergie, toutes ces qualités enfin, qui sont l'apanage des grands historiens de la nature. Ses illustres maîtres, Boyer, Marjolin, Roux, contribuèrent à développer, par leurs savantes leçons, ces heureuses dispositions de Blandin, et à encourager de leur estime, de leur affection, les premières recherches du jeune anatomiste. Aussi, Messieurs, les progrès de Blandin furent-ils rapides, et la place de chirurgien du bureau central qu'il obtint, par le concours, à sa sortie de l'internat des hôpitaux, ajouta un nouvel éclat à ces succès, qui avaient marqué son passage sur les bancs de l'école.

A cette époque, la Société anatomique recueillait des mains de Laënnec le précieux héritage de l'ancienne Société que la mort de Pitet, de Marandel, que le défaut de centre et d'unité avait entraînée dans une ruine complète après cinq années d'existence. La nouvelle Société se reconstituant sur des bases solides et inébranlables, sous les auspices de Dupuytren, son illustre fondateur, elle recevait de notre honorable président cette direction éclairée qui lui mérita cette juste célébrité qu'elle n'a cessé de conserver parmi les compagnies savantes : elle devint cette source intarissable d'instruction et d'expérience, enrichie chaque semaine de tous les trésors que renferment les hôpitaux et les pavillons de la Faculté.

Le titre de membre de la Société anatomique fut alors,

et sera toujours, un titre de gloire, ambitionné par tous ceux qui recherchent dans l'observation des faits les préceptes de la chirurgie et de la médecine.

Blandin obéit à cette attraction naturelle qui appelait au sein de la Société anatomique ces hommes laborieux qui, aujourd'hui, occupent des positions élevées dans la science. En 1828, il devint un de vos collaborateurs les plus assidus, les plus distingués.

La Société anatomique s'efforçait alors de résoudre cet important problème : la résorption purulente. Prenant l'initiative de tous les progrès, elle franchissait les limites restreintes que le solidisme avait imposées à l'étude de l'anatomie pathologique : elle suivait cette impulsion qu'un disciple de Broussais, plein d'un respect religieux pour les vérités formulées dans le livre immortel des phlegmasies chroniques, imprimait à la science, en 1826, à cette époque où il y avait un véritable courage à lutter contre l'enthousiasme des tendances exagérées de la doctrine régnante. Rappeler ici les travaux de Dance, de Maréchal, de Bérard, de Blandin, de notre honorable président, c'est vous dire la part active que notre Société prit à ces discussions, qui furent le point de départ de toutes les découvertes modernes.

Blandin, par des dissections minutieuses, déterminait l'état du système veineux aux environs d'une plaie qui avait été le point de départ de la résorption purulente. Dans tous les cas où il y avait des abcès métastatiques, il constata que les veines en contact avec le foyer de suppuration étaient enflammées, et qu'elles étaient parcourues par du pus qui se mêlait directement au torrent circulatoire. Ainsi, pour Blandin, la phlébite suppurée, le mélange du pus de la veine enflammée avec le sang, étaient les causes de ces accidents terribles qui, souvent dans la période de cicatrisation de la plaie même la plus légère,

amènent rapidement la mort, lorsque le chirurgien a tout lieu d'espérer la guérison du malade confié à ses soins.

Cette opinion de Blandin, cette conviction profonde, appuyée sur l'observation des faits, fut combattue avec chaleur, et elle donna lieu à cette polémique où le chirurgien de l'Hôtel-Dieu eut l'honneur de venger *Hunter* des attaques dirigées avec tant de violence, avec tant d'amertume contre la théorie des absorptions, cette explication physiologique des affections putrides, adynamiques.

Blandin avait étudié la phlébite avec tant de persévérance, qu'il redoutait de porter une ligature ou l'instrument tranchant dans ces régions du corps où domine le système veineux; aussi recommandait-il d'opérer les hémorroïdes, le varicocèle, les varices des membres, seulement lorsque ces états morbides mettaient la vie des malades en danger. C'est la crainte de la phlébite qui lui inspirait ces leçons de clinique, ces détails de pratique qu'il enseignait chaque année aux élèves, lorsqu'il décrivait la phlébotomie, cette opération si commune et si fréquemment suivie d'accidents les plus graves, quelquefois mortels.

L'étude de la phlébite et de ses conséquences devait conduire naturellement Blandin à placer dans le système lymphatique le siège de ces inflammations d'abord localisées aux environs des plaies, se propageant au loin, et déterminant des accidents généraux si différents quelquefois, que l'esprit hésite à les rapporter à la même cause. L'anatomie et la physiologie devaient lui fournir l'explication de tous ces phénomènes. Blandin suivit bientôt les traces de la phlegmasie dans les ramifications les plus déliées des lymphatiques; il étudia alors la marche de cette inflammation, qui, primitivement ou consécutivement, affecte les ganglions, ces points centraux de la circulation des vaisseaux blancs. Vous n'ignorez pas, Messieurs, quel rôle principal Blandin fit jouer à l'angioleucite dans les

érysipèles traumatiques ; vous savez quel était le traitement qu'il avait formulé : agir, dès le début, par des saignées locales sur les points correspondants aux ganglions enflammés.

L'inflammation des veines, des vaisseaux lymphatiques, à la suite des opérations chirurgicales, à la suite des blessures, était donc pour Blandin l'explication physiologique de ces affections qui, primitivement, présentent les caractères des phlegmasies franches, et revêtent plus tard la forme adynamique. Il y a, dans cette analyse anatomique de ces phlegmasies vasculaires, des altérations du sang qui en sont la conséquence, il y a des indications utiles pour la thérapeutique : combattre l'inflammation dès son début éviter ainsi la suppuration des veines, des lymphatiques ce sont les conclusions que nous devons tirer des travaux de Blandin, qui jetèrent une si vive lumière sur ces questions, autrefois si obscures : l'érysipèle, l'infection purulente.

Blandin ne négligea cependant pas les conditions hygiéniques qui pouvaient prévenir la formation du pus ; il tint un grand compte de l'encombrement et des exhalaisons fétides des salles des hôpitaux ; il insista toujours, dans ses leçons, sur toutes ces circonstances qui modifient si profondément la constitution. Aucun chirurgien ne s'est efforcé, autant que Blandin, de placer les opérés dans le milieu le plus favorable, et d'éviter par des pansements qu'il faisait lui-même, toutes les causes qui pouvaient irriter, enflammer les plaies, quelque légères qu'elles fussent. Tous ceux qui ont suivi les visites de l'Hôtel-Dieu, ont pu apprécier avec quelle scrupuleuse attention, avec quelle sollicitude bienveillante il surveillait le travail de cicatrisation ; le lendemain même de l'opération, il levait le premier appareil, se défiant toujours des renseignements fournis par les malades. Il enlevait ainsi les pièces de pan-

sement salies par les liquides qui suintent fréquemment des lèvres de la plaie ; si la réunion immédiate s'était opposée à leur écoulement, il détachait avec précaution une bandelette, et introduisant les extrémités d'une pince à pansement dans l'angle inférieur de la solution de continuité, il donnait ainsi issue au liquide accumulé ou infiltré dans l'épaisseur des tissus. Dans d'autres circonstances, il enlevait les agglutinatifs qui avaient déterminé une inflammation intense de la peau et des lymphatiques, il abandonnait alors les avantages d'une réunion par première intention, plutôt que de compromettre la vie du malade par le développement d'une phlegmasie vasculaire dont il redoutait les funestes conséquences ; toutes les fois que les fils ou les épingles d'une suture produisaient des accidents inflammatoires, il les retirait aussi, n'attendant pas l'époque fixée par certaines règles de pratique chirurgicale. Cette conduite de Blandin ne compromettait nullement le succès du travail de cicatrisation, et ne causait au malade aucune douleur. En suivant cette méthode de pansement, le chirurgien s'était créé bien des fatigues ; mais rien ne lui coûtait quand il s'agissait de donner des soins aux malades qui lui étaient confiés.

Chirurgien du bureau central, Blandin communiquait à la Société anatomique les résultats des opérations qu'il pratiquait à l'hôpital Beaujon, dans le service son illustre maître le professeur Marjolin.

Ces premiers essais du jeune chirurgien consignés dans nos annales, nous indiquent déjà cette détermination rapide, cette sagacité féconde que Blandin devait apporter plus tard dans les opérations chirurgicales.

Le 4 juin 1828, vice-président de notre Société, Blandin inaugura la séance annuelle par la lecture d'un mémoire sur l'amputation partielle du pied. Ce travail, si remarquable par les connaissances anatomiques qu'il renferme, par

l'appréciation judicieuse des procédés opératoires, est toujours consulté avec intérêt par tous ceux qui s'occupent de cette question de pratique chirurgicale. Je regrette, messieurs, d'être forcé de citer ici seulement les conclusions de cet important travail :

« En résumé, dit Blandin, nous croyons pouvoir conclure
 « que les amputations partielles du pied ont sur l'amputa-
 « tion de la jambe : 1° l'avantage d'être pratiquées plus loin
 « du tronc, par suite, de produire un moindre trouble
 « dans la circulation et de moins exposer à ces congestions
 « inflammatoires locales, si souvent mortelles chez les am-
 « putés ; 2° qu'enfin elles excluent la nécessité d'un moyen
 « artificiel pour le soutien du corps ; 3° que l'amputation
 « de Chopart est moins grave que celle de Percy, en raison
 « de la moindre étendue des surfaces synoviales mises à
 « nu et en contact avec l'air ambiant ; 3° qu'il n'est
 « pas prouvé que la première expose plus que la se-
 « conde au renversement du talon en arrière, et que la
 « station et la marche soient moins faciles dans l'une
 « que dans l'autre. »

Ce discours est terminé par un de ces élans du cœur qui se répètent si souvent dans la vie de Blandin : c'est le témoignage de sa vive reconnaissance pour son illustre maître, le professeur Marjolin, qui le comble chaque jour, dit-il, de sa bienveillance et de ses conseils éclairés. Les relations du maître et de l'élève étaient si intimes, que la Providence semble nous avoir frappés du même coup en nous enlevant le professeur jeune encore et en paralysant par une longue et cruelle maladie la parole de celui qui nous enseignait les préceptes de sa longue expérience.

Dans nos aunaux, nous trouvons des traces nombreuses du passage de Blandin à la Société anatomique. J'ai dû choisir, parmi ses nombreux travaux, ceux où se révèle surtout cet esprit sévère d'observation du professeur de

médecine opératoire, du chirurgien de l'Hôtel-Dieu. J'ai voulu surtout vous montrer que nos bulletins renfermaient les premiers germes de l'intelligence de Blandin, dépôt précieux que nous conserverons avec un soin religieux.

Il m'eût suffi de prononcer dans cette enceinte le nom de Blandin pour exciter en vous des regrets sympathiques. Vous avez tous apprécié le talent de l'opérateur acceptant sans enthousiasme les innovations de son siècle : la lithotritie, les ténotomies sous-cutanées, dont il fit une application si heureuse à l'opération de la fissure à l'anus, les autoplasties, qu'il modifia avec tant d'art et d'habileté. Vous l'avez vu fréquemment créer des procédés nouveaux pour les cas difficiles qui échappent aux principes de la médecine opératoire.

Dans toutes ces découvertes, Blandin puisait sans cesse à cette source féconde, l'anatomie, ces inspirations qui lui faisaient préférer les désarticulations aux amputations dans la continuité, ces inspirations qui lui faisaient, dans son amour de conservation des organes, appliquer au premier métatarsien le procédé que M. Roux avait imaginé pour enlever le premier métacarpien en conservant le doigt. Vous avez tous connu le professeur de clinique empruntant encore à l'anatomie ces connaissances positives qu'il appliquait au traitement des fractures et des luxations.

Je m'arrête, messieurs ; cette énumération incomplète des travaux de Blandin est bien inférieure à l'idée que vous vous êtes faite du professeur de médecine opératoire. Les livres qu'il nous laisse sur l'anatomie topographique, sur l'anatomie descriptive, sont des titres suffisants à cette grande célébrité dont jouissait Blandin, lorsqu'au mois d'avril 1849, la mort vint frapper ce corps épuisé par cette activité intellectuelle, ces émotions, ces fatigues, que Blandin s'imposait pour répondre aux exigences de la pratique chirurgicale.

Blandin a rendu des services assez importants pour que sa gloire lui survive après la mort ; les générations à venir trouveront dans ses ouvrages d'utiles enseignements et dans l'histoire de sa vie des exemples nombreux de ce que peuvent le travail et la persévérance. Cette place naguère occupée par le savant professeur sera bientôt remplie ; mais, messieurs, au foyer de la famille, il y aura toujours un vide immense que rien ne saurait combler. Pour nous, qui sommes les élèves de Blandin, notre douleur est entretenue, augmentée chaque jour, par le souvenir du dévouement, de l'affection, d'un maître qui nous est enlevé avant même que nous ayons pu lui donner des preuves de notre amitié, de notre reconnaissance.

ÉLOGE DE CH. E. BOUDET,

PAR M. VIGLA.

MESSIEURS,

La tristesse et le deuil ont des accents variés. Tout à l'heure ils n'étaient que trop lugubres ceux que nous a fait entendre notre éloquent collègue. Mourir au moment où le travail et l'intelligence ont achevé leur glorieuse évolution ; voir l'arbre se flétrir après qu'il a donné ses plus beaux fruits, et quand il promettait encore d'abondantes récoltes : quel douloureux spectacle ! C'est celui que nous offre Blandin, Blandin le collègue et le condisciple de quelques uns des membres de cette société, le maître ou le patron du plus grand nombre ! Pour ces derniers, et, je l'ai dit, nous sommes les plus nombreux, le drame se passe en quelque sorte dans une sphère plus élevée ; le héros n'est plus de notre âge, la douleur est, jusqu'à un certain point, tempérée par le respect et l'admiration.

Mais, pour être plus modeste, la situation en est-elle moins touchante, s'il s'agit d'un pauvre jeune homme, notre camarade et notre condisciple qui, frappé à mort après un brillant début dans la carrière médicale, lutte

encore pendant dix années avec un courage et une persévérance incroyables, suffisant à des travaux qu'on ne pourrait raisonnablement attendre que d'une organisation physique irréprochable, et succombant au moment où il allait publier un ouvrage important, le fruit de ses plus laborieuses recherches; au moment où la confiance légitime d'un bon nombre de familles honorables lui donnait la certitude de réussir dans la pratique médicale! A ces indices, Messieurs, vous avez tous reconnu Boudet, l'un des membres les plus actifs de cette société.

Permettez-moi de vous rappeler les différentes phases d'une vie si courte et si remplie. Nos relations d'étude et d'amitié dataient des premières années du collège; le choix qu'il fit de la profession médicale ne fut pas sans influence sur ma propre détermination : ce sera mon excuse si je reste au dessous de mon sujet.

Charles Ernest Boudet naquit à Paris le 31 mars 1813, au milieu de conditions bien faites pour présager le bonheur. Il était doué d'une constitution physique robuste et se fit remarquer de bonne heure par son aptitude aux exercices du corps. Sa première éducation intellectuelle et morale fut dirigée par une mère dont la mémoire est encore un objet de vénération pour ceux qui l'ont connue, et la nature de l'enfant rendit sa tâche facile. Aussi l'impression fut durable, et le jeune Boudet traversa sans entraves cette époque déjà difficile et importante de la vie qui comprend les années passées au collège. J'ai encore présent à l'esprit le sentiment de considération exceptionnelle qu'inspirait, au lycée Henri IV, la conduite exemplaire de notre camarade : il n'eut pas sur ce point de rival. Avec cette disposition, il devait faire et fit de fortes études.

Vers la fin de l'année scolaire 1831, il quitte le collège avec le grade de bachelier-ès-lettres, pour suivre les cours de médecine. Il remplissait ainsi les vœux sages d'un père qui nourrissait ce projet depuis longtemps. En effet, de ses deux fils, l'aîné était appelé à continuer un nom justement célèbre dans la pharmacie; quant au second, les relations nombreuses et choisies de M. Boudet avec les médecins de son époque, lui as-

suraient un patronage bienveillant et éclairé. La nature sérieuse et positive de son esprit se prêtait à ce nouveau genre d'étude. Il fut bientôt démontré que la pensée du père avait été heureuse.

La carrière des hôpitaux convenait sous tous les rapports à son caractère ardent et avide de s'instruire. Déjà, en 1832, élève de seconde année, il avait généreusement présumé en se consacrant, pendant la durée de l'épidémie, au service des malades cholériques, dans l'ambulance établie au séminaire de St-Sulpice.

Plus tard, il arrive, par des concours successifs, aux places d'externe (1835), d'interne provisoire (1836 et 1837), et enfin d'interne titulaire des hôpitaux (1838 à 1841.) Alors se développe ce zèle infatigable pour les recherches cliniques et anatomo-pathologiques, qui devait un jour contribuer à sa perte. Bicêtre et la Salpêtrière sont les premiers théâtres de son activité laborieuse. La société anatomique et la société médicale d'observation reçoivent ses premiers essais.

Il débuta dans la littérature médicale par un mémoire d'un grand intérêt sur l'hémorrhagie des méninges. L'assiduité avec laquelle il se livrait aux recherches nécroscopiques pendant son séjour à Bicêtre et à la Salpêtrière, lui permit d'observer un certain nombre de cas d'apoplexie méningée; et, comme les travaux antérieurs n'avaient jeté que bien peu de lumières sur ce sujet difficile, il le trouva digne de ses méditations, et l'aborda avec cette ardeur que l'on apporte à ses premières créations.

Il résume d'abord l'état de la science, et fait justice de quelques erreurs accréditées par l'autorité d'un homme justement estimé. Il le fait avec une convenance dont il ne s'est jamais départi dans ses critiques ultérieures; puis, comme pour tempérer une disposition bien naturelle à conclure trop facilement de certains faits dont on a été frappé davantage, ou dont la déduction, à l'insu de l'auteur, se prête mieux à quelque théorie nouvelle, pour éviter peut-être de tomber dans des erreurs semblables à celles qu'il vient de réfuter, il s'impose la sévère méthode d'analyser et de compter les faits qu'il a recueillis, ou qu'il a trouvés

décrits par d'autres avec les détails suffisants. Ce que le mémoire peut perdre d'intérêt par la forme, il le gagne certainement dans un sujet nouveau et difficile, par l'exactitude. Si l'esprit, dans ces conditions, un peu bridé par la méthode, ne donne pas l'originalité qui fait souvent le charme d'un ouvrage, il n'est pas exposé du moins à s'en laisser imposer par l'ambition des découvertes. Combien d'auteurs ne doivent d'être connus qu'à la nécessité subie par leurs successeurs de rétablir la vérité.

Je rappellerai que, dans ce travail, comme au sein de la Société anatomique, il a confirmé et contribué à établir définitivement la doctrine émise en 1834 par M. Baillarger, sur le siège véritable des épanchements sanguins dans les méninges. On ne croit plus aujourd'hui à l'existence des hémorrhagies un peu abondantes entre la face interne de la dure-mère et la face externe de l'arachnoïde. Trop de preuves du contraire ont été déduites des conditions faites à ces deux membranes par l'anatomie normale, et de l'interprétation exacte des faits pathologiques. On nous a montré comment, par des transformations successives, la fibrine du sang épanché prend, à la surface libre, l'apparence d'une membrane séreuse capable d'en imposer pour le feuillet externe de l'arachnoïde; et, plus tard, quand notre collègue, M. Legendre, observant la même altération dans l'enfant, nous montre toutes les conséquences qui peuvent résulter de cette facilité des épanchements sanguins à s'enkyster, nous assistons à une série de découvertes les plus inattendues et les plus intéressantes.

Dans un mémoire souvent cité, et auquel j'ai déjà fait allusion, on avait admis, et, depuis, d'autres auteurs avaient soutenu que, toutes les fois que, dans un cas d'apoplexie méningée, on veut faire avec soin l'examen des vaisseaux, on trouve la source de l'épanchement sanguin, c'est-à-dire qu'il y a toujours rupture d'un vaisseau. L'interne de la Salpêtrière ne peut adopter cette opinion. Il cite d'abord nombre de faits rigoureusement observés, dans lesquels il a bien fallu admettre que l'hémorrhagie avait eu lieu par exha-

lation; puis, jetant un coup d'œil général sur les hémorrhagies des autres membranes séreuses, il tire de l'analogie un nouvel ordre de preuves. Cette partie de son travail montre qu'il avait beaucoup observé et possédait déjà, à un degré élevé, l'esprit de généralisation, sans lequel l'observation reste stérile.

Voulez-vous avoir une idée de la manière dont il a traité les autres parties de son sujet? Vous le voyez encore obligé de combattre une opinion émanée de la même source relativement à l'absence de la paralysie dans cette maladie. Ce symptôme réhabilité, il cherche les causes qui peuvent faire que tantôt il existe, tantôt n'existe pas, et les trouve en interprétant les faits à sa disposition dans l'abondance ou la petite quantité du sang épanché, dans son état de dissémination ou de circonscription, dans la rapidité ou la lenteur de son écoulement.

Mais le résultat le plus important de ses investigations est certainement celui auquel il est arrivé dans l'étude de la contracture, phénomène dont il me paraît avoir exactement précisé le diagnostic anatomique dans les trois propositions suivantes :

« 1° Toutes les fois que la pulpe cérébrale est affectée seule dans une hémorrhagie, tant qu'il ne se produit pas d'inflammation autour du foyer, il ne se manifeste pas de contracture.

« 2° Toutes les fois qu'à une lésion de la pulpe cérébrale, il se joint une rupture des parois des ventricules et un épanchement de sang dans ces cavités ou à la surface du cerveau, il survient de la contracture.

« 3° Quand un liquide non irritant comme de la sérosité se répand sur les membranes, il ne se produit pas de contracture. »

Mais, Messieurs, je dois m'arrêter dans cette analyse; une telle manière de faire m'entraînerait d'autant plus loin que l'inventaire scientifique de notre camarade est plus considérable. Je n'ai pu résister à vous donner quelques extraits de son premier travail. Au moment où il l'écrivait, il était déjà l'un des membres les plus assidus et les plus laborieux de cette société, dont il fut nommé adjoint au mois d'avril 1837 et titu-

laire l'année suivante. De 1837 à 1841, vos bulletins font foi de sa coopération active. Je rappellerai ses recherches sur une inflammation mortelle des canaux biliaires produite par la présence de calculs (1837, XII^e année, p. 153); sur les anévrysmes partiels du cœur (1838); sur la gangrène sénile consécutive à l'artérite (1838); sur la fièvre pétéchiale d'Italie et d'Angleterre (1840); sur l'hydropisie enkystée de l'ovaire (1841). On trouve en bien plus grand nombre des communications verbales dans le Compte-rendu de vos séances. La santé qui l'abandonna le força à s'éloigner, et il prit le titre de membre honoraire, l'année 1846, quand il désespéra de pouvoir, au moins de longtemps, reprendre sa part de vos travaux.

En même temps qu'il s'occupait avec vous d'anatomie pathologique, il allait chercher à l'école médicale d'observation d'autres leçons, d'autres modèles, tout en y portant son tribut. Vous dire qu'il devint secrétaire de cette laborieuse société, c'est ne laisser dans vos esprits aucun doute sur l'activité et la valeur réelle de sa collaboration.

Les détails qui précèdent vous donnent déjà une idée des habitudes laborieuses de notre collègue. Il avait traversé sans accidents les huit premières années d'un si rude noviciat, et la force de sa constitution, une santé jusqu'alors inébranlable, semblaient lui assurer un long avenir, lorsqu'en 1839, étant interne à l'hôpital des cliniques, il eut une hémoptysie. Ce fut, hélas! le commencement d'une seconde et bien douloureuse phase de sa vie, dans laquelle nous le voyons, à défaut de la vigueur physique qu'il ne doit plus retrouver, suppléer par son énergie morale à la satisfaction de deux besoins également impérieux pour lui, celui de vivre et celui de travailler. Ce qu'il déploya d'ardeur et de persévérance dans cette lutte de dix années contre un mal qui ne lui donna jamais de repos complet, il est difficile d'en avoir une idée exacte quand on n'en a pas été le témoin intime. Il voulait vivre; mais, par une sorte de contradiction honorable, il ne consentait pas à renoncer à l'étude; et, pendant qu'il poursuivait, croyant travailler pour d'autres, le

moyen de guérir une maladie qui le minait lui-même, les efforts qu'il faisait dans cette direction contribuaient à accélérer sa perte.

Permettez-moi, Messieurs, d'examiner un instant, au point de vue psychologique, les conséquences présumées de l'accident éprouvé en 1839 par notre camarade.

Quelle sera dans sa pensée la signification pathologique de ce grave symptôme, l'hémoptysie? Y verra-t-il un avertissement sévère, presque toujours sinistre, mais quelquefois salutaire de la nature, salutaire à la seule condition de vivre de la vie la plus calme, la plus conforme aux lois de l'hygiène? Acceptera-t-il avec la ferme volonté de les conjurer, les chances, hélas trop nombreuses, du développement de la phthisie pulmonaire? Non, Messieurs, par une illusion singulière de l'esprit humain, et dont les plus grands médecins nous ont fourni de nombreux exemples dans la même occurrence, il éloignera de sa pensée une éventualité désespérante, il arrivera bientôt à nier celle-ci, comme certains philosophes niaient la douleur, et peu à peu, comme s'il ne lui suffisait pas de s'être persuadé lui-même, il voudra convaincre les autres. Eh quoi! se dira-t-il, la phthisie pulmonaire est-elle une maladie si grave, dont on doive autant s'effrayer; ne guérit-elle pas au contraire bien plus souvent qu'on ne l'imagine? La nature n'est-elle pas féconde en ressources pour détruire, chasser, emprisonner ou paralyser ce cruel ennemi, le tubercule? Et ces procédés connus dans tous leurs détails anatomiques et chimiques, sera-t-il donc si difficile au médecin laborieux et inventif de placer l'organisme dans les conditions les plus favorables à leur élaboration? Ne pourrait-il, en définitive, dans bien des cas faciliter, et même pourquoi non, amener la guérison de la phthisie pulmonaire?

Et, comme Laënnec, comme Rogée son digne et regrettable ami, Ernest Boudet va consacrer toutes les forces de son intelligence à la démonstration de ce théorème : la phthisie pulmonaire peut guérir spontanément, et à la solution bien autrement difficile de ce problème : le médecin peut-il provoquer ces divers modes de guérison et les produire à volonté?

En voyant l'intelligence humaine graviter dans une semblable illusion, l'esprit se sent tout d'abord découragé, humilié ; on est bien près d'accuser la providence ; mais en étudiant la question sous une autre face, le philosophe trouve avec bonheur cet admirable instinct qui nous fait chercher le salut, sans nous donner la conscience du danger.

Tel est, Messieurs, si je ne m'abuse, le mobile intérieur qui a porté de préférence Ernest Boudet à ce genre de recherches. Nous le voyons, à l'exemple de son ami Rogée victime de la même maladie, enrichir la science de faits du plus haut intérêt et préparer peut-être pour l'art des ressources dont, hélas, il ne devait pas profiter.

La première publication d'Ernest Boudet, relative à la phthisie pulmonaire, est sa thèse inaugurale soutenue le 1^{er} mars 1843. Elle a pour titre : *Recherches sur la guérison naturelle ou spontanée de la phthisie pulmonaire.*

Il avait pour ses maîtres dans les hôpitaux une estime et une reconnaissance bien vives, et qu'il leur conserva toujours ; il avait pour la mémoire de sa mère un culte religieux, pour son père, pour ses proches parents une affection tendre et respectueuse, et cependant, contrairement à l'usage, aucun de ceux que je viens de nommer ne trouvera place dans la dédicace imprimée de cette thèse ; elle est pour d'autres, sans commentaires, mais non moins expressive :

A LA MÉMOIRE DE MES AMIS,
C. ROGÉE et RENAUDIN,
internes des hôpitaux.

Or, Messieurs, vous les avez connus : vous savez que tous deux ont succombé à la phthisie pulmonaire.

On pourrait être tenté de voir là une pensée de découragement, un pressentiment sinistre ; mais l'épigraphie est conçue de manière à dissiper tous les doutes. « *Les anciens accordaient trop d'influence à la force médicatrice de la nature dans la guérison des maladies ; les modernes ne lui en accordent pas assez.* » Il est plus explicite encore dans le 1^{er} § du préambule qui sert

d'introduction : « Empêché par des circonstances indépendantes de ma volonté, » (nous savons déjà que c'était l'altération de sa santé), « de mettre la dernière main à un travail de longue haleine que j'ai entrepris sur la guérison de la phthisie pulmonaire, je n'ai pas voulu attendre plus long-temps pour publier un aperçu de mes recherches. Je me plais à croire que, tout incomplètes qu'elles sont, les conclusions rassurantes auxquelles je suis parvenu, ranimeront le zèle des médecins pour prévenir ou combattre cette redoutable affection, et rendront quelque espérance aux malades eux-mêmes. »

Trois années plus tard, il avait achevé son œuvre et traitait avec l'éditeur Masson pour un ouvrage dont il allait commencer la publication, sous le titre de : *Recherches sur la guérison de la phthisie pulmonaire et sur l'évolution des tubercules*. Ce manuscrit, que j'ai eu entre les mains, et qui sera publié par les soins de son frère, est le fruit de recherches cliniques et d'investigations cadavériques multipliées. Il avait à cœur de le terminer; il y a travaillé jusque dans les derniers mois de sa vie. Nous avons été impuissants, ses parents et moi, à le modérer; il est resté sourd à nos avertissements, lui qui, dans l'éloge funèbre de son ami Renaudin, prononçait ces paroles pleines de sensibilité et de sagesse : « Qui d'entre vous ne se sent profondément ému au souvenir de tant d'internes frappés depuis quelques années, dans la vigueur de la jeunesse, au milieu des espérances qu'avaient fait naître leurs travaux naissants ? »

« Landau, Piégu, Dariste, Godin, Andral, Pasquier, Auguste Baron, Bascle, Rogée, Renaudin ont péri depuis six ans, victimes d'une même et fatale maladie.

« Animés d'une noble ambition, ils ont affronté sans mesure dans les hôpitaux et les amphithéâtres, des périls sans cesse renouvelés, et leur organisme, moins fort que leur courage, a fini par succomber. »

Il ajoutait : . . . « Nos maîtres eux-mêmes, qui doivent exercer sur leurs élèves une autorité salubre, n'en feraient-ils pas un noble usage, s'ils détournaient par leurs conseils d'une route pleine de dangers, de

jeunes hommes trop faibles pour les braver impunément?

« L'infortuné Godin n'aurait peut-être pas succombé. N'en eût-il pas été de même d'Andral, de Rogée, chez lesquels le germe du mal qui les a fait périr s'était développé au sein des amphithéâtres. »

Hélas ! Messieurs, celui qui parlait ainsi devait figurer à son tour dans ce triste nécrologe, et ses dernières paroles lui sont plus applicables assurément qu'à aucun de ses prédécesseurs.

Ses travaux sur la phthisie pulmonaire ne le détournèrent pas des autres sujets d'étude que lui fournissait la pratique journalière des hôpitaux. Il a recueilli des notes plus ou moins détaillées sur tous les malades placés dans les différents services auxquels il a été attaché comme interne ou chef de clinique. Il avait méthodiquement classé toutes ces observations, avec titres et résumés qui lui permettaient d'évoquer dans l'espace de quelques minutes, sur un sujet donné, les résultats de son expérience personnelle.

Il a surtout mis à profit les loisirs que lui laissa sa santé, pendant une année d'internat passée à l'hôpital des enfants (1840). Il a donné une histoire intéressante de l'épidémie de croup qui régna à cette époque. Le contenu du mémoire répond parfaitement au titre ; c'est l'épidémie qu'il a étudiée et non la maladie dans ses symptômes propres. Il établit d'abord à quels indices on doit reconnaître le caractère épidémique de cette affection. La rareté relative de celle-ci à l'état sporadique est démontrée par les relevés empruntés au registre de l'hôpital. Il s'assure que la maladie règne en même temps dans la ville et aux environs. Il donne la topographie du lieu où il observe, le résultat des observations météorologiques, l'indication des maladies régnantes avant, pendant et après l'invasion ; enfin, le sommaire des faits qui établissent l'épidémie elle-même.

Il aborde ensuite l'étude détaillée de la maladie qu'il décrit dans ses formes, simple ou primitive, compliquée ou consécutive ; dans ses symptômes, sa marche, sa durée, etc., l'anatomie pathologique, l'étiologie et le trai-

tement sont l'objet de considérations étendues. Il termine par un chapitre original sur les analogies et les différences de l'épidémie actuelle avec les précédentes, et donne le parallèle du croup à l'état sporadique et à l'état épidémique.

Ce mémoire, couronné par la faculté de médecine, lui valut le prix Monthyon décerné dans la séance annuelle (novembre 1841), et la place de chef de clinique de M. le professeur Fouquier (1843 à 1845). Il est dédié à l'un de ses maîtres, M. Guersant, qui avait le jeune auteur en grande estime, et lui avait demandé sa collaboration pour quelques chapitres d'un ouvrage sur les maladies des enfants, qu'il se proposait de publier en commun avec plusieurs de ses élèves.

Il faut rapporter aussi à cette année, les éléments d'un travail publié dans les Archives de Médecine (août 1843), sous ce titre : *Recherches sur la gangrène pulmonaire, et spécialement sur la nature et le traitement de cette maladie, et de la gangrène spontanée chez l'enfant*. Il avait été frappé en effet de la fréquence plus grande de la gangrène à ce dernier âge qu'à tout autre ; de la facilité avec laquelle cette altération se propage d'un organe aux organes voisins, ou se multiplie dans des parties du corps éloignées les unes des autres ; il recherche l'influence exercée sur la production de cette diathèse par l'inflammation et la phthisie pulmonaire si communes à cet âge, et la trouve à peu près nulle ; il trouve des rapports de causalité bien plus évidents entre les fièvres éruptives et la gangrène, qu'il rapporte en dernière analyse à une altération du sang, de nature analogue à celle que produit le scorbut. Cette similitude le conduit à recommander l'emploi des toniques sous toutes les formes, et dès le début.

Enfin, je citerai pour cette même année une observation remplie de détails intéressants sur un cas de ramollissement et d'hémorrhagie capillaire du cerveau, avec phlébite des veines superficielles de cet organe, insérée dans la Clinique des hôpitaux des enfants. (N° 8, 1841).

Signalons encore ici, bien qu'ils se rapportent à une autre année d'étude, 1° une observation rare de fièvre

typhoïde, devenue mortelle en moins de six jours, et accompagnée d'ulcérations intestinales profondes (Arch. de Médecine, 1846); 2° le compte-rendu de la clinique médicale de la Charité pendant le 1^{er} semestre de l'année scolaire 1843-1844. (Journ. des conn. médico-chirurgic., nov. 1843 et mars 1844).

En 1842, E. Boudet devint collaborateur du Journal de pharmacie, dans lequel il donna jusqu'à la dernière année de sa vie, une revue médicale très goûtée des lecteurs de ce recueil. Il y produisit aussi quelques travaux originaux, parmi lesquels je signalerai ses remarques sur la salive et les liquides que renferme la cavité buccale. Il constate que la salive et le mucus sont alcalins, mais que le liquide sécrété par les gencives est acide, et explique ainsi la contradiction des résultats fournis par les auteurs qui n'ont pas pris la précaution d'isoler ces trois liquides. Il déduit de cette acidité de la sécrétion gingivale, que la salive ne neutralise pas avec la même facilité dans toutes les parties de la bouche, la fréquence de la carie de certaines dents et quelques autres aperçus ingénieux. J'aurais pu me contenter de dire que ce travail a été mentionné honorablement par Berzelius. Je citerai aussi une note intéressante sur un des accidents qui peuvent résulter de l'emploi de l'émétique à haute dose en solution, et sur un moyen très simple de le prévenir. Enfin une note sur les propriétés purgatives des eaux vertes de Montmirail. Cette époque était en quelque sorte son époque de maturité, et ses travaux se portaient de préférence vers la thérapeutique, dans laquelle il a fait preuve de grandes qualités.

Je ne puis terminer cette énumération des travaux imprimés d'Ernest Boudet, sans en indiquer un assez important, qu'il ne pouvait lui-même mener à fin, faute de connaissances spéciales, mais dont on peut revendiquer pour lui l'idée mère, l'initiative. Je veux parler des *Recherches* de son frère, M. Félix Boudet, sur la composition chimique du parenchyme pulmonaire et des tubercules dans leurs différents états : elles ont fait l'objet d'un mémoire lu à l'Académie de Médecine et inséré dans les bulletins de ce corps savant.

Elles ont fait connaître la composition chimique du

parenchyme pulmonaire et des tubercules qui se développent dans les poumons et les ganglions bronchiques.

Elles ont signalé en particulier, dans ces matières, l'existence de la cholestérine et de l'acide cérébrique.

Elles ont établi en outre :

1° Que les tubercules à l'état caséux, fournissent à l'analyse une proportion considérable de *caseïne* soluble ;

2° Que la partie insoluble de ces tubercules caséux, exposée à l'air, se transforme elle-même au bout d'un certain temps, en *caseïne* soluble ;

3° Que les *concrétions calcaires* des tubercules, au lieu d'être formées comme on l'avait cru jusqu'ici, de phosphate de chaux seulement, sont principalement composées de *sels solubles*, c'est-à-dire de chlorure de sodium, de phosphate et de sulfate de soude ;

4° Que le caillé peut exister accidentellement en proportion notable dans le tissu du poumon ;

5° Que la graisse proprement dite, et la cholestérine, peuvent, sous l'influence de la phthisie, s'accumuler dans le lait, au point de former plus des deux tiers du poids de cet organe, considéré à l'état sec, et modifier considérablement sa densité et ses propriétés caractéristiques.

Dé 1838 à 1849, Ernest Boudet fut souvent forcé de s'éloigner de Paris, et presque toujours ses absences étaient suivies d'une amélioration notable dans sa santé. Toutefois, même loin du théâtre favori de ses travaux, il ne laissait jamais son esprit dans un repos parfait. Son imagination active lui suscitait toujours de nouveaux sujets d'étude. C'est ainsi que dans deux voyages aux Pyrénées, il examina avec soin les propriétés de ces eaux minérales, s'occupa surtout d'apprécier la richesse comparative des différentes sources en principes sulfurés ; il laissa tout un autre temps d'analyses *hydrologiques*. Il se mit même à observer des malades sous la direction éclairée et bienveillante de M. le Dr Gendreau, oubliant qu'il venait lui-même comme malade, et non comme médecin. L'Algérie, qu'il visita deux fois, lui offrit des tentations auxquelles il lui était difficile de résister. Tant de renseignements différents se sont aujourd'hui accumulés sur ce territoire, qu'il était in-

intéressant de rechercher la fréquence relative de la phthisie pulmonaire dans chacune d'elles, et l'influence du climat sur le développement ou la guérison de cette maladie. Ce fut pour lui l'occasion de fatigues imprudentes. Il le sentait; car il lui arriva de dire un jour, à la suite d'une longue séance à l'hôpital d'Alger, que parmi ceux qu'il venait de visiter, pas un n'était aussi malade que lui. Inutile de vous dire que ce sage retour sur lui-même, n'arrêta pas le travail du lendemain; d'ailleurs eût-il consenti à revenir, sans avoir rempli le programme que l'Académie de Médecine lui avait confié.

Il est cependant un de ses voyages qui porte moins l'empreinte du travail, celui qu'il fit l'année 1840 en Italie; c'est que l'artiste avait pu un instant distraire le médecin: si le cahier d'observations médicales était vide, l'album était rempli. En effet, Messieurs, Ernest Boudet avait un goût prononcé pour les arts, et surtout pour la peinture. A une époque de sa vie; il eût peut-être été disposé à suivre cette carrière. Il était lié avec plusieurs peintres distingués, et a laissé un grand nombre de dessins, peintures et croquis qui annonçaient les éléments d'un vrai talent. Cette habitude du dessin lui a beaucoup servi dans ses études anatomiques, et lui a permis plus tard de reproduire assez exactement l'anatomie pathologique. Il a fait lui-même les planches destinées à son ouvrage sur la phthisie pulmonaire. Il avait déjà rapporté, en 1838, d'un voyage à Londres, de nombreux souvenirs des musées de Hunter, de Brodie et Hawkins, et de quelques autres riches collections que renferme cette grande cité.

Si nous suivons le jeune médecin dans la pratique de la ville, nous le voyons, pendant les cinq ou six années qu'il lui a été donné d'exercer sa profession, y faire de rapides progrès. S'il trouva le terrain préparé par les relations de sa famille, il faut dire aussi qu'il sut mettre à profit la science qu'il avait acquise dans les hôpitaux, et certaines qualités qui dérivent naturellement de son caractère. Il possédait surtout à un très haut degré la foi dans la puissance de son art, une persévérance rare, je dirais presque, une obstination éclairée dans l'emploi des moyens que la thérapeutique met à notre

disposition. Le secret, pour triompher de certaines affections nerveuses, est de se montrer plus opiniâtre que le mal. Le remède existe souvent, mais se présente rarement le premier à notre esprit impatient et prompt à se décourager. La conviction qu'avait Ernest Boudet de cette vérité lui a valu plusieurs cures satisfaisantes. Il n'était pas moins actif et opiniâtre quand il s'agissait de ses propres souffrances. Toujours prêt à essayer de nouveaux traitements, que de fois il lui est arrivé de gourmander la mollesse de ceux auxquels il s'était confié. Nous calculions mal dans notre abstention, quand nous craignions, hélas ! de lui faire essuyer de nouvelles et inutiles tentatives. Il n'admettait le repos dans aucune condition de la vie.

Si Ernest Boudet avait eu le bonheur, quoique jeune encore, de gagner la confiance de familles bien posées dans le monde, il avait trouvé, comme tous les médecins de son âge, une clientèle plus nombreuse parmi les personnes déshéritées de la fortune. Il n'apportait pas moins de zèle dans l'accomplissement de cette mission honorable dont le monde nous sait en général trop peu de gré, mais la récompense arrive quelquefois aussi imprévue que légitime, et notre camarade l'éprouva dans une circonstance que je puis vous faire connaître. Il était arrivé alors aux dernières phases de sa longue et douloureuse maladie, et se trouvait dans l'un de ces paroxysmes de mélancolie et de découragement dont l'affection et le dévouement des siens n'adouçissaient que bien peu l'amertume. Un nom sortit de sa bouche : c'était celui d'une pauvre femme qui lui devait la guérison presque inespérée de son mari, dans une maladie longue et difficile. On la fit venir ; et, comme si le souvenir d'une bonne action l'eût aidé à supporter la douleur, nous l'avons vu recevoir avec bonheur les soins empressés de cette femme, et trouver momentanément dans sa société un calme inespéré.

C'est qu'en effet Ernest Boudet, bien que passionné pour le travail, n'était pas de ceux chez lesquels cette ardeur éteint les sentiments affectueux. Peu d'hommes sont doués d'une sensibilité aussi vive que fut la sienne. Aussi, pendant les derniers temps de sa vie, a-t-il trouvé

dans le culte de la famille, des jouissances et des consolations qu'il s'était préparées depuis longtemps par son attachement et ses prévenances. Il avait su mériter l'estime et l'affection de ses maîtres, et, plus tard, ses clients étaient devenus, la plupart, ses amis. Il est vrai qu'il prenait une part réelle à leurs souffrances, et à un degré qui, j'en ai été témoin, a rendu bien souvent pénible pour lui l'exercice de la médecine. Son passage dans les hôpitaux comme externe, interne et chef de clinique avait déjà révélé ces précieuses qualités du cœur, qui sont les titres les plus chers à la mémoire de ceux qui l'ont connu.

Ernest Bondet avait été élevé par une mère pieuse, dont la vie a été consacrée à la pratique intelligente des vertus de la famille. Il était cité au collège pour la ferveur de sa piété, dont la sincérité commandait le respect à ses camarades. Les distractions du monde purent bien assoupir, mais jamais éteindre ces sentiments religieux, qui reprirent toute leur force aux jours de son affliction. Il m'écrivait, trois semaines avant sa mort, à l'occasion d'un malheur dont j'étais menacé :

« J'ai la tête bien fatiguée.... Néanmoins il faut que je te dise combien je souffre de tes inquiétudes... J'ai prié avec ferveur. (On trouvera peut être que c'est une faiblesse; moi, je suis certain que c'est une force.)....»

Ce serait, Messieurs, un triste tableau, je vous l'épargnerai, que celui de sa lutte contre la terrible affection qui nous l'a enlevé. C'est, je vous l'ai dit, une histoire qui ne dure pas moins de dix années, mêlée de revers et de succès, dans laquelle nous voyons le pauvre jeune homme demander à tant de pays différents une santé qui lui revenait temporairement pour lui échapper de nouveau au moment où il croyait l'avoir trouvée et pouvoir en user... noblement comme vous l'avez vu, mais avec une sorte d'avidité fébrile. Je vois encore son malheureux père, qui ne devait pas, hélas! lui survivre longtemps, le suivre, malgré son grand âge, dans des voyages lointains, se séparant pour la première fois d'une famille dont il avait plus besoin que jamais, et prodiguer à son cher enfant, avec un dévouement pour lequel il ne consultait ni ses forces ni son âge, des soins

qu'il avait dû espérer en recevoir dans sa vieillesse.

Ernest Boudet réussit longtemps à faire partager autour de lui un espoir qui ne devait pas se réaliser. Lui seul, pendant la dernière année de sa vie conserva encore une confiance absolue, et, s'il eut des moments de doute et de découragement, ils ne résistèrent pas longtemps à cette logique des malades qui se font illusion, plus facilement peut-être dans cette affection que dans toute autre. Je trouve sur un cahier qui recut beaucoup de ses confidences et de ses impressions, les lignes suivantes : « 1^{er} janvier 1849. *Tristesse profonde. Une nouvelle année sera-t-elle moins funeste pour moi ? J'y ai perdu la santé. 1849 me sera-t-il plus favorable ? Verrai-je 1850 ? Je l'espère. Je ne puis croire, avec la vie que je sens en moi, que la source en soit tarie.*

Il mourut le 20 mars 1849.

Pardonnez-moi, Messieurs, d'avoir abusé de vos instants. Je me suis laissé aller à vous parler un peu longuement d'un collègue que j'ai beaucoup connu et qui m'a honoré d'une amitié et d'une confiance soutenues. Ses titres scientifiques ne pouvaient trouver un auditoire plus convenable que celui de la Société anatomique, où le travail est toujours bien accueilli et où les bons modèles ne restent jamais sans imitateurs.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE TOME VINGT-QUATRIÈME.

A

- Abscès dans les deux reins, p. 46.
 — multiple du rein droit, 243.
 Absence de l'un des condyles de l'os maxillaire-inférieur, 232.
 — d'une grande partie du capitulum avec luxation de l'extrémité supérieure du radius, 155.
 Accouchement rendu impossible par une hydrocéphale, 8.
 Adhérences du péricarde au cœur, 81.
 Aiguille trouvée dans le ventricule gauche du cœur, 554.
 Amnios de la vache (tumeurs épithéliales de l'), 67.
 Anévrysme comprimant le nerf moteur oculaire commun, 548.
 — Anévrysme et déchirure de l'artère aorte avec pénétration de sang dans le péricarde, 227.
 Ankyloses nombreuses chez un vieillard, 76.
 Anomalie artérielle compliquée d'une anomalie nerveuse, 20.
 Anomalies artérielles, 49.
 — artérielles, 67.
 Anomalie de l'intestin grêle, 122.
 — nerveuse compliquée d'une anomalie artérielle, 20.
 Anomalies nombreuses chez un fœtus de huit mois et demi (hernie du cerveau et du cervelet, bec de lièvre, éventration, etc.), 217.
 Anomalie du péritoine, 120.
 Anus artificiel (opération d'), 43.
 — contre nature à la suite d'une hernie étranglée, 228.
 Apoplexie de la rate, 361.
 Arachnoïde épaissie, 58.
 Artère aorte (anévrisme dissé-

- quant de l'). 350.
 — aorte (caillot dans l'intérieur de l'), 150.
 Artères constituant les arcades gingivales (description des), 232.
 Artère humérale et nerf médian traversant un canal sus-épitrochléen, 215.
 — pulmonaire (rétrécissement de l'orifice de l'), 124, 129.
 Artères (fragilité des), 72.
 Artère inter-osseuse perforant le nerf médian, 70.
 Articulation fémoro-tibiale (diastase de l'), 222.
 Atlas (fracture double de l').
 — sur l'axis (luxation de l'), 245.
 Atrophie des organes génitaux chez un adulte, 92.
 Avant-bras (luxation de l') sur la partie postérieure de la main, 566.

B

- Bassin (luxation du), 29.
 Bec de lièvre double, avec division absolue de la voûte palatine et du voile du palais, 76.
 Bronches dilatées, 348, 351..

C

- Calculs de phosphate de chaux dans la vessie, 46.
 Canal sus-épitrochléen donnant passage à l'artère humérale et au nerf médian, 215.
 Cancer de l'estomac, 55, 81.
 — du foie et de la vésicule, 559.
 — de l'os des îles, 246.

— des parties molles voisines de l'orbite, 345.
 — de l'utérus, 42.
 — de la verge, 120.
 — de la vésicule et du foie, 359.
 — de l'œsophage, 325.
 Carie vertébrale, 347.
 Caverne pulmonaire (résultat de la percussion et de l'auscultation dans un cas de vaste), 225.
 Céphalotribe (application du), 9.
 Cerveau (tubercules développés dans le), 66.
 Choléra (description anatomique d'un intestin grêle provenant d'un homme mort du), 98.
 Choléra? 324.
 Cicatrice d'un moignon, 360.
 Cirrhose du foie dans la syphilis, 66.
 Cloison du cœur perforée, 124.
 Compte-rendu des travaux de l'année, 575.
 Conduit déferent (oblitération et dilatation du), 74.
 Corps étranger de la plèvre, 75.
 — fibreux de l'utérus, 81, 327.
 — jaune manquant sur une femme accouchée depuis deux mois, 12.
 Côte bifide à son extrémité sternale, 8.
 Coude (luxation latérale interne du), 272.
 Couche optique (épanchement du sang dans la), 17.
 Crâne (enfonce ment du) avec peu de traces de fracture, 177.
 — (fragilité des os du), 345.
 — (solution de continuité de la voûte du), 345.
 Cubitus (absence d'une grande partie du), avec luxation de l'extrémité supérieure du radius, 155.
 Cuisse (tumeur encéphaloïde de la), 364.
 Cœur (hypertrophie du), 249, 332.
 Cœur (percussion du), 251.

D

Déchirure et anévrysme de l'artère aorte avec pénétration du sang dans le péricarde, 227.
 Diathèse cancéreuse, 170, 353, 364.
 — fibro-plastique, 316.
 — tuberculeuse, 285.
 Digitale (empoisonnement par la), 89.
 Dilatation des bronches, 348, 351.
 Disparition de quelques sutures des os du crâne, 258.
 Discours de M. Cruveilhier, 569.
 Division du voile du palais et de la voûte palatine, 76.
 Division de la voûte palatine et du voile du palais, 76.
 Doigts palmés, 148.
 — surnuméraires, 356.

E

Ecartement de plusieurs sutures, p. 262.
 Eloge de Blandin, 489.
 — de Boudet, 459.
 Empoisonnement par la digitale, 89.
 Enchondrôme de quelques vertèbres lombaires et sacrées, 350.
 Encéphaloïde de la cuisse, 364.
 Enfonce ment du crâne avec peu de traces de fracture, 177.
 Epaissement de l'arachnoïde, 35.
 Épanchement de sang entre les deux feuillets de l'arachnoïde consécutif à une chute, 151.
 Epingle trouvée dans l'appendice iléo-cæcale, 364.
 Estomac cancéreux, 35, 81.
 — (polype de l'), 47.
 — (tumeur encéphaloïde de), 74.
 Ethmoïde, vomer, cloison cartilagineuse du nez, 287, 292.
 Etranglement d'une hernie in-

guinale par le collet du sac, 20.
— de la vésicule du fiel, 350.

F

Fausse articulation du coude, 216.
— Fausse membrane laryngo-trachéo-bronchique, 220.
Fièvre puerpérale (est-elle contagieuse? 15,
— puerpérale (anatomie pathologique de deux utérus trouvés sur deux femmes mortes dans la), 12.
— typhoïde? 75.
— typhoïde (lésions trouvées dans la), 235.
Fistule vésico-vaginale et vagino-rectale, 71.
Foie (cirrhose du), 66.
— (kyste hydatique du), 82.
— faisant hernie à travers une déchirure du diaphragme, 265.
— granuleux, 52.
— (granulations à la surface du), 261.
— renversé, 21.
Fœtus de six mois atteint d'une hernie ombilicale, 245.
Fractures anciennes consolidées pendant la vie intra-utérine.
— récentes produites pendant le travail de l'accouchement, 83 et suiv.
Fracture double de l'atlas, 179.
— de l'extrémité inférieure du radius, 386.
— du péroné avec luxation du pied, 86.
Fractures multiples, 200.
— multiples des os du crâne, 261.
Frailité des os du crâne, 343.
— des artères, 72.

G

Gangrène consécutive à l'oblitération de deux artères, 150.
— spontanée de toute la jambe gauche, 137.

— spontanée du membre inférieur droit, 334.
Genou (ostéo-sarcome du), 177.
Goutte, 33.
Glandes du tube digestif (contraction des), 216.
Granulations dans le foie, 52.
— à la surface du foie, 261.
Graviers d'acide urique, 44.
Grossesse commençante probable, 105.

H

Hernie étranglée sylvie d'un anus contre nature, 329.
— inguinale étranglée par le collet du sac, 20.
— du foie à travers le diaphragme, 265.
— graisseuse à travers le ligament de Gimbernet, 268.
— ombilicale chez un fœtus de six mois, 245.
Hydatides développées dans le petit bassin, 19.
Hydrocèle double, 268.
Hydrocéphale (accouchement rendu impossible par une), 2.
Hypertrophie du cœur, 249, 352, 365.
— de la prostate, 46.
— de la rate, 364.

I

Infiltration urinaire du périnée et de la prostate, 30.
Injection des veines variqueuses, 364.
Insuffisance auriculo-ventriculaire, 352.
— de la valvule mitrale, 41.
Intestin grêle (anomalie de ?), 122.

J

Jambe (gangrène spontanée de la), 137.
— (phlegmon diffus de la), 119.

Mort subite. Choléra ? 324.

N

- Kyste hydatique du fœte**, 82.
 — de l'ovaire, 48.
 — de l'ovaire droit, 177.
 — uniloculaire remplissant presque toute la cavité abdominale, 20.
 — multiloculaire de l'ovaire, 225, 267, 322, 327.

L

- Lèvre inférieure** (tumeurs épithéliales de la), 302.
Ligament large (ossification dans les vaisseaux du), 329.
 — larges de l'utérus (pallébo-lites dans les), 302.
Lipôme sous-cutané trouvé dans la région lombaire, 75.
Lithotritie (opération de la), 28.
Luxation atloïdo-axoïdienne, 245.
 — de l'avant-bras sur la partie postérieure de la main, 366.
 — du pied avec fracture du péroné, 80.

M

- Malformation de l'articulation scapulo-humérale droite**, 39.
Maladie de Pott, 59.
Mal de Pott, siégeant à la région cervicale, 149.
Mal vertébral de Pott, 100.
Maxillaire inférieur (Nécrose de l'os), 108.
 — inférieur (absence de l'un des condyles de l'os), 332.
Matrice (corps fibreux de la), 81.
Membrane caduque, 305.
Méningite, 70.
 — rachidienne, 159.
Moëlle (tubercule de la partie inférieure de la), 100, 103.
Moignon présentant des cicatrices anciennes et des bourses muqueuses, 45.
 — (cicatrice d'un), 360.

- Nécrose du maxillaire inférieur**, 108.
Nerf médian et artère humérale traversant un canal sus-épitrochléen, 315.
 — médian perforé par l'artère inter-osseuse, 70.
 — traversant deux veines perforées, 8.

O

- Oblitération de l'artère pulmonaire et des artères du membre inférieur droit**, 335.
 — de deux artères et gangrène consécutive, 150.
 — et dilatation du conduit déferent, 74.
 — complète du tube digestif, 120.
Onze côtes seulement de chaque côté trouvées sur un squelette, 145.
Organes génitaux (atrophie des), 79.
Os des fies (cancer d'un),
 — du crâne augmenté de volume, 257.
 — du crâne (fractures multiples des), 261.
 — du crâne (fragilité des), 257.
 — sésamoïde entre l'astragale et le péroné, 81.
Ostéo-sarcome du genou, 177.
Ossifications dans les vaisseaux du ligament large, 325.
Ovaire (kyste de l'), 147.
 — kyste multiloculaire de l'), 262, 322, 327.
Oedème de la glotte, 210.
Oesophage cancéreux, 335.
 — communiquant avec la trachée, 322.
 — (rétrécissement de l'), 307.

P

Percussion du cœur, 251.
 Perforations du crâne, 567.
 Perforation de la cloison du cœur, 124.
 — de la plèvre et tintement métallique, 150.
 Péritoine (anomalie du), 429.
 Péritonite tuberculeuse, 82.
 Péricarde ayant contracté des adhérences, 84.
 Péricardite avec fausses membranes, 248.
 Périnée infiltré par de l'urine, 30.
 Péroné (fracture du), avec luxation du pied, 80.
 Phlébolites développés dans les ligaments larges de l'utérus, 352.
 Phlegmon diffus de la région cervicale, 162.
 — diffus du cou et de l'isthme du gosier, 167.
 — diffus de la jambe, 119.
 Phthisie pulmonaire compliquée d'une hydropisie enkystée de l'ovaire, 222.
 Pied (luxation du) avec fracture du péroné, 80.
 — bot équin, 529.
 Pieds bots varus, 265, 527, 542.
 Placenta d'une femme syphilitique, 563.
 Plaie pénétrante de la poitrine, 531.
 Pleurite diaphragmatique, 55.
 Pleurésie circonscrite, 532.
 — tuberculeuse, 248.
 Plèvre (corps étranger de la), 75.
 Pneumothorax, 279.
 Poitrine (plaie pénétrante de la), 531.
 Polype de l'estomac, 47.
 Poumon (tubercule enkysté du), 47.
 Poumons (tubercules crétaçés dans les), 523.
 Prostate (hypertrophie du lobe moyen de la), 18.

— hypertrophiée, 46.
 — infiltrée par de l'urine, 50.
 Protubérance (épanchement de sang dans la), 17.
 Pylore rétréci, 55.

R

Radius (luxation de l'extrémité supérieure du), avec absence d'une grande partie du cubitus droit, 153.
 Rate (apoplexie de la), 561.
 — hypertrophiée, 561.
 Rachitis héréditaire, 83.
 Radius (fracture de l'extrémité inférieure du), 566.
 Refoulement des viscères thoraciques par une hydropisie enkystée de l'ovaire, 222.
 Reins (Absès dans les deux), 46.
 Renversement du foie, 21.
 Rétrécissement de l'orifice de l'artère pulmonaire, 124, 129.
 — aortique, 552.
 — de la glotte, 220, 224.
 — du pylore, 55.
 Rupture du diaphragme, 265.

S

Scarlatine. Manière dont elle se comporte sur les tissus de cicatrice, 240.
 Séance publique annuelle, 569.
 Séquestre emprisonné dans de nouvelles pièces osseuses, 563.
 Sonde de M. Mercier, 264.
 — à double courbure de M. Mercier, 215.
 Solution de continuité de la voûte du crâne, 543.
 Spina bifida, 565.
 Squelette n'ayant que onze côtes de chaque côté, 146.
 Squirrhé développé dans le médiastin antérieur, 58.
 Sutures des os du crâne disparues, 258.
 — écartées à la suite d'une fracture, 262.

T

- Taille bilatérale, 70.
 Talon (ulcère au), 75.
 Tœnia (expulsion d'un), 148.
 Testicule encéphaloïde, 348.
 Texture anormale des os du crâne chez un fœtus rachitique, 85.
 Tintement métallique et perforation de la plèvre, 150.
 Trachée communiquant avec l'œsophage, 282.
 Trachéotomie dans un cas d'œdème de la glotte, 311.
 Trois doigts réunis immédiatement, 148.
 Tube digestif (oblitération complète du), 120.
 Tubercule enkysté du poulmon, 47.
 — de la partie inférieure de la moëlle, 189, 195.
 Tubercules crétacés dans les poulmons, 325.
 — développés dans le cerveau, 66.
 Tumeur cancéreuse de la région parotidienne, 22.
 — encéphaloïde de l'estomac, 74.
 Tumeurs épithéliales de l'amnios chez la vache, 67.
 — épithéliales de la lèvre inférieure, 562.
 Tumeur fibreuse de l'utérus, 19, 89.
 — provenant du cou d'un mouton, 264.
 — fibreuse trouvé dans la cavité péritonéale d'un homme, 349.
 — fibro-plastique de l'articulation du genou, 25.

- du petit-bassin, 149.
 Tubercules pulmonaires, 150.

U

- Ulcère au talon, 75.
 Union congéniale immédiate de trois doigts, 148.
 Utérus cancéreux, 42.
 — provenant de femmes mortes dans la fièvre puerpérale, 42.
 — (corps fibreux de l'), 327.
 — (matière tuberculeuse trouvée dans la cavité de l'), 89.
 — (tumeur fibreuse de l'), 49, 84.
 — (polype de l'), 47, 66.

V

- Valvules de la marge de l'anus, 24, 39 et suiv.
 Valvule mitrale (insuffisance de la), 41, 249.
 — de l'urètre (découverte d'une), 246.
 Veines variqueuses (injection des), 364.
 — traversées par deux nerfs, 8.
 Verge (cancer de la), 120, 147.
 Vésicule du fiel (fibres musculaires de la), 34.
 — du fiel étranglée, 350.
 Vessie comprimée par des tumeurs hydatiques rendant le cathétérisme impossible, 19.
 — (calculs de phosphate de chaux dans la), 46.
 — (déchirure de la), 29.
 Vice de conformation des doigts, 336.
 Viscères thoraciques (refoulement des), 222.

Page 106, ligne 20 : lisez *utérins*, au lieu de *internes*.

Page 118, ligne 35 : lisez, *d'un polype muqueux*, au lieu de : d'une grosseur manquée.

Page 119, ligne 1 : au lieu de *pédicule*, lisez, *polype*, de petits au lieu des.

Page 145, à la ligne 23, ajoutez après le mot *discussion* : 8. chute desur un camion à terre. — Absence de fracture au crâne. Epanchement de sang entre les deux feuillets de l'arachnoïde du côté droit. — Ramollissement du cerveau à la partie antérieure du lobe gauche.

Page 145, ajouter au sommaire après la 23^e ligne : 25 mai. 8. hémorrhagie cérébrale occupant tout le côté droit. — Ramollissement de la partie antérieure du lobe gauche et de la partie externe et inférieure du lobe moyen

Page 147, ligne 18 : lisez, *ces cellules*, et non pas des cellules.

Page 147, ligne, 16 : lisez, *de*, au lieu de des.

Page 148, ligne 30 : lisez, *immédiate*, au lieu de *mediate*.

Page 149, ligne 4 : lisez *papilles*, au lieu de *pupilles*.

Page 162, ligne 8 : au lieu de *consistance*, lisez *persistance*.

Page 177, à la dernière ligne du sommaire : lisez, *du meliceris*, et non pas des ulcères.

Page 242, ligne 20 : *congéniale*, au lieu de *normale*

Page 244, ligne 14 : lisez, *dilaté*, et non pas, non dilaté.

Page 268, ligne 1, au lieu de *normale*, lisez : *racourcie*.

Page 282, ligne 34, au lieu de *normal*, lisez : *congénial*.

Page 284, ligne 14, après *gingivale*, ajoutez : *antérieure* ; sa branche postérieure s'anastomose avec l'artère gingivale.

Page 322, ligne 17 : lisez *disséquant*, à la place de *dissécant*.

P. 334, lig. 1^{re} : retranchez le renvoi qui suit le mot *sanguine*.

Page 363, ligne 21 : lisez, 32, et non pas 22.

Page 329, ligne 29, au lieu de : *Jambier interne*, lisez, *Jambier antérieur*.

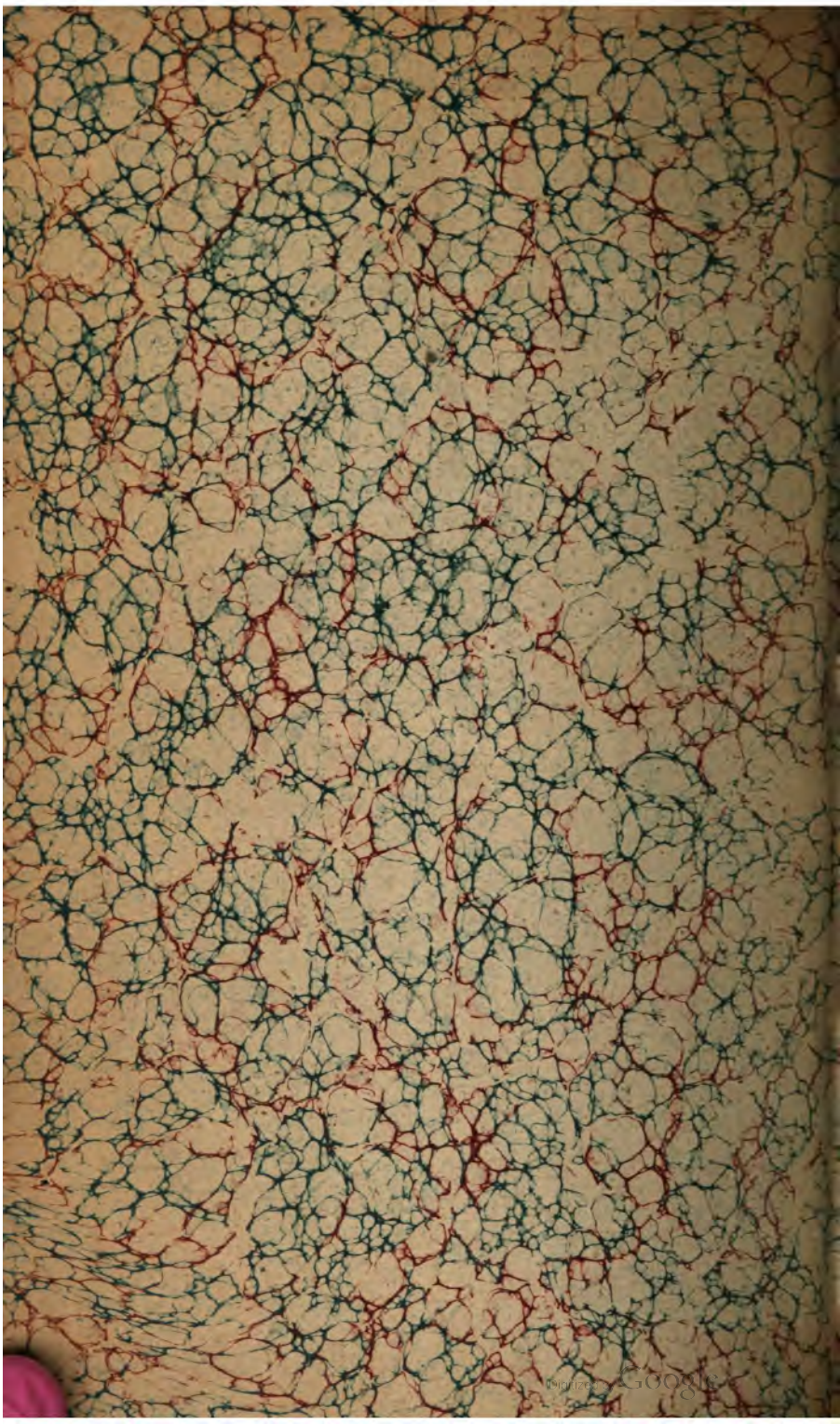
Page 327, ligne 7 : au lieu de *il peut*, lisez : *ils vont*.

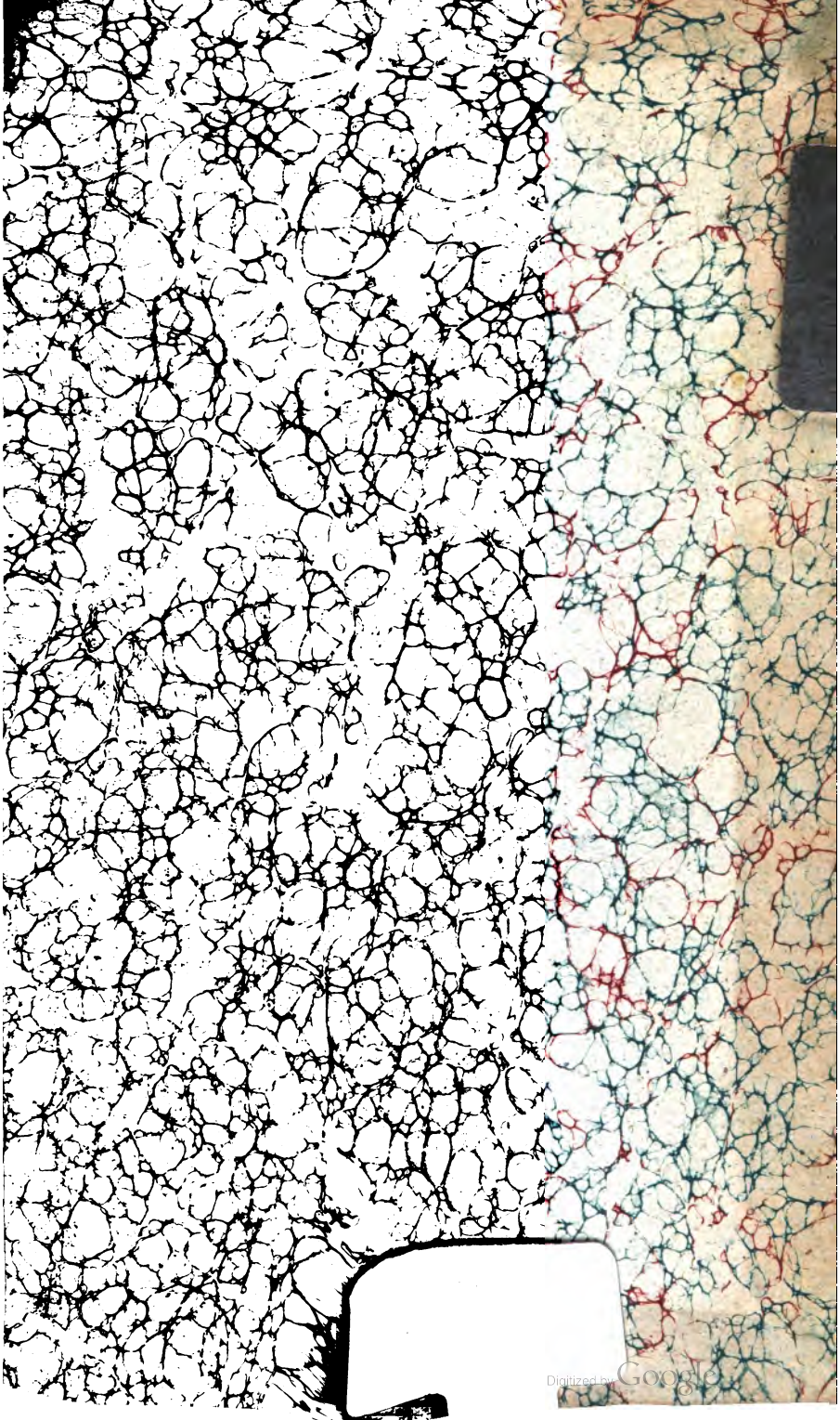
Page 339, ligne 7, au lieu de *median*, lisez : *medius*.

Page 350, ligne 18, ajoutez après le mot *en bas*, les mots et en dehors.

P. 360, lig. 30, *oblitérés*, ajoutez : par une tumeur cancéreuse.

Page 367, ligne 2, au lieu d'un *mouvement* : *il y a*, lisez : d'un mouvement dans lequel il y a.







3 2044 102 894